

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Genésio Albuquerque, Eirunepé/AM**

**Janieldo Araújo Cavalcante**

**Pelotas, 2015**

**JANIELDO ARAÚJO CAVALCANTE**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Genésio Albuquerque, Eirunepé/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Marcela Soares de Lima Brant

Pelotas, 2015

C376m Cavalcante, Janiêdo Araújo

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Genésio Albuquerque, Eirunepé/AM / Janiêdo Araújo Cavalcante; Marcela Soares de Lima Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

96 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Brant, Marcela Soares de Lima, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

**Dedico esse trabalho e grande passo acadêmico  
a toda a minha família (Pais, irmãos, minha  
esposa e minha filha Emanuelle) e a toda a  
comunidade onde presto serviço, Eirunepé!**

**Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus; minha família por todo o apoio e suporte prestado em toda minha caminhada acadêmica; minha esposa e minha filha; minha orientadora Marcela Brant pelo estímulo e ajuda para poder galgar mais um degrau em minha formação.

Agradeço também a todos os profissionais de saúde e trabalhadores da saúde do município, Secretaria Municipal de Saúde e Paróquia São Francisco (Igreja Católica) envolvidos desde a elaboração até a execução do projeto de intervenção.

## Resumo

CAVALCANTE, Janieldo Araújo. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Genésio Albuquerque, Eirunepé/AM.** 2015. 95f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial, cuja cronicidade está associada a alterações em órgãos alvos como o coração, o cérebro e os rins. A Diabetes Mellitus é uma doença de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Pensando nisso, foi realizada uma intervenção na ação programática destinada aos usuários com hipertensão e diabetes da Equipe 003 da Unidade Básica de Saúde Genésio Albuquerque, município de Eirunepé/AM, durante 16 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção aos adultos portadores dessas doenças. A intervenção contemplou os eixos de organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Esta intervenção foi o produto de um projeto que surgiu por meio da análise situacional realizada nesta UBS a qual apontou a necessidade de melhoria na atenção primária prestada aos portadores de HAS e/ou DM, enquanto portadores de doença crônica. Como protocolos norteadores utilizamos os Cadernos de Atenção Básica nº 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica e o nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica - Diabetes Mellitus, ambos do Ministério da Saúde. A intervenção propiciou a melhoria da cobertura da atenção, evidenciada com o aumento nos cadastros de hipertensos e diabéticos, de modo que, 189 hipertensos (20,8%) e 48 diabéticos (21,4%) foram devidamente cadastrados e acompanhados. Também alcançamos a melhoria dos registros, a qualificação da assistência e aumento da adesão pelos usuários, evidenciada pelo mínimo de necessidade de busca ativa; realização do primeiro encontro com hipertensos e diabéticos, além de inúmeras ações de promoção de saúde e de saúde bucal. Alcançamos 100% nos indicadores de qualidade: exame clínico apropriado, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação de atendimento odontológico, manutenção de registro adequado, busca ativa dos faltosos, ficha de acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular, orientação nutricional, orientação sobre atividades físicas e orientação sobre higiene bucal. A contribuição real do trabalho para a equipe e comunidade foi a determinação e aumento da cobertura real que a atenção prestada alcança, com melhoria na qualidade da atenção clínica, maior adesão, novos conhecimentos (educação continuada) e atuação interdisciplinar mostrando a importância de cada integrante da equipe. O desafio é prosseguir e buscar outras ações programáticas, com o comprometimento dos profissionais com a qualidade do atendimento.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Pirâmide Etária do Município de Eirunepé - AM.....	18
Figura 2	Fotografia da realização de aferição de pressão arterial em visita domiciliar.....	50
Figura 3	Fotografia da reunião com a equipe.....	51
Figura 4	Fotografia da Equipe (Gestora, recepcionista, enfermeiros, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médico) reunida, antes de sair para a triagem de usuários em campo.....	52
Figura 5	Fotografia do 1º Encontro com os Diabéticos e Hipertensos na Igreja Santo Antônio em Eirunepé/AM.....	55
Figura 6	Fotografia de reunião com Agentes Comunitários de Saúde, Técnica de Enfermagem e enfermeira.....	56
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos residentes e cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso na Unidade de Saúde Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.....	60
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos residentes e cadastrados no Programa de Atenção ao Diabético na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.....	61
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos com exames laboratoriais em dias na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.....	63
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Diabéticos com exames laboratoriais em dias na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.....	64
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos avaliados em relação à necessidade de atendimento odontológico na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.....	66
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Diabéticos avaliados em relação à necessidade de atendimento odontológico na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.....	67
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.....	68
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.....	68

Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.....	70
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.....	70



## **Lista de Quadros**

Quadro 1	Distribuição populacional por faixa etária e por gênero do município de Eirunepé/AM.....	18
----------	--	----

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DML	Depósito de Material de Limpeza
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EP	Engajamento Público
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MAPA	Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial
MS	Ministério da Saúde
M&A	Monitoramento e Avaliação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OGS	Organização e Gestão do Serviço
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PMMB	Programa Mais Médicos Brasil
QPC	Qualificação da Prática Clínica
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade Saúde da Família

## Sumário

Apresentação .....	13
1      Análise Situacional .....	15
1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	15
1.2    Relatório da Análise Situacional .....	17
1.3    Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2      Análise Estratégica .....	27
2.1    Justificativa .....	27
2.2    Objetivos e metas .....	27
2.2.1    Objetivo geral .....	29
2.2.2    Objetivos específicos e metas .....	29
2.3    Metodologia .....	31
2.3.1    Detalhamento das ações .....	31
2.3.2    Indicadores .....	31
2.3.3    Logística .....	41
2.3.4    Cronograma.....	48
3      Relatório da Intervenção.....	49
3.1    Ações previstas e desenvolvidas.....	49
3.2    Ações previstas e não desenvolvidas.....	57
3.3    Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	58
3.4    Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	58
4      Avaliação da intervenção.....	59
4.1    Resultados.....	59
4.2    Discussão .....	73
5      Relatório da intervenção para gestores .....	76
6      Relatório da Intervenção para a comunidade .....	79
7      Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82
Referências .....	84
Apêndices .....	86
Apêndice A - Ficha de exame clínico .....	87
Apêndice B - Ofício enviado à Secretaria Municipal de Saúde .....	88
Apêndice C - Ofício enviado à Rádio FM do Povo .....	89
Apêndice D - Ofício enviado à Paróquia São Francisco .....	90

Apêndice E - Roteiro para o 1º Encontro com os Hipertensos e Diabéticos.....	91
Anexos .....	92
Anexo A – Planilha de coleta de dados.....	93
Anexo B – Ficha-espelho (frente e verso) .....	94
Anexo C – Documento do Comitê de Ética .....	95

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS)/Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo realizada na Equipe 003 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Genésio Albuquerque, situada no Município de Eirunepé/AM. O objetivo geral deste buscou a melhoria da qualidade da atenção aos diabéticos e/ou hipertensos da área.

O volume está organizado em sete partes, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas, durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. A quinta parte e a sexta se referem, respectivamente, aos relatórios desenvolvidos para serem apresentados aos gestores e para a comunidade. A proposta é dar um feedback às partes que se engajaram na intervenção, prestando contas do que foi alcançado de avanço e do que ainda pode ser alcançado com a continuidade do programa. Na sétima e última parte está a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização desta intervenção.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês janeiro de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de abril de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Presto serviço no Município de Eirunepé, interior do Estado do Amazonas, mais precisamente no bairro do Santo Antônio, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Genésio Albuquerque.

Essa UBS comporta o funcionamento de 02 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), a 003 (zona urbana) da qual faço parte e a 006 (zona rural) minha equipe anterior.

O funcionamento dessa unidade está se estruturando cada vez mais e estamos melhorando a cada dia. A estrutura da UBS, do ponto de vista físico, é boa, pois foi recém-reinaugurada, após um longo período de reforma. Apresenta problemas sérios como a falta de almoxarifado, de uma sala para acondicionamento correto de lixo, do expurgo e outras coisas, mas, no geral, é a UBS de melhor estrutura em nossa cidade.

O funcionamento de nosso atendimento é muito bem organizado por um enfermeiro que é bastante engajado com o serviço e que faz de tudo para que a unidade funcione bem.

Nessa UBS, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são bem orientados e exercem suas funções. As reuniões com o enfermeiro responsável são diárias. Temos um diálogo bem aberto e as ações interdisciplinares ocorrem a todo o momento.

Já inserimos no atendimento pré-natal a avaliação odontológica, que antes não existia, e o serviço de imunização é acionado a todo o momento, seja para atendimento à gestante, seja à criança.



Temos muito a melhorar e creio que essa melhoria será conseguida com a inserção dos protocolos de funcionamento a partir de uma esperada reunião com os coordenadores das ações da atenção básica.

A população atendida é bem carente, sendo a maioria dos usuários vinda das comunidades ribeirinhas. A maioria não é alfabetizada, o que dificulta em muito a aderência e o término dos tratamentos. Não existe a participação da população nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Infelizmente, por falta de conhecimento, a população é totalmente apática. Os únicos que participam dessas reuniões são os profissionais contratados pelo município, mesmo assim, não podendo fazer muita coisa.

A quantidade e variedade de medicamentos básicos na farmácia é um dos principais problemas enfrentados. Devido ao recurso restrito (explicação dada pela Secretária e Farmacêutica), não é possível adquirir os principais medicamentos. Em reunião com a Secretaria e a Farmácia, estamos dando início a uma lista atualizada das medicações disponíveis na farmácia, que será entregue a todos os médicos, todas as segundas-feiras, através da qual esperamos dar maior vazão aos medicamentos disponíveis e detectar aqueles que temos que aumentar a quantidade na compra e aqueles que temos que diminuir. Estamos trabalhando em equipe para melhorar essa situação.

Outro grande problema é a assistência laboratorial. Os exames são todos realizados no laboratório do Hospital Municipal. Já são poucos os exames que realizam e, para aumentar a problemática, alguns funcionários desse laboratório foram demitidos, diminuindo ainda mais a capacidade em atender à demanda. Já foi enviado ofício aos médicos pedindo para ter critérios para a solicitação de exames, mas, infelizmente, os critérios de solicitação de exames não mudam, pois a medicina não muda. Segundo a Secretária, já chegaram novos aparelhos para a realização de mais exames, mas isso não basta porque há muito tempo faltam reagentes.

A equipe profissional é composta por dois médicos, dois dentistas, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e 12 Agentes Comunitários de Saúde. Temos um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) central que atende todas as unidades básicas de saúde. Possuímos saúde bucal, com dois consultórios odontológicos funcionando. A satisfação dos profissionais não é algo que a administração local tenha que se orgulhar, pois existem profissionais da área de

enfermagem que chegam a ficar de três a quatro meses sem remuneração de suas funções de coordenação, e outros profissionais tem seu salário atrasado.

O agendamento das consultas é feito através de livre demanda da população, quando as fichas do atendimento matutino são entregues às 07h da manhã, e as do atendimento vespertino às 12h. Além disso, os usuários da área abrangida marcam atendimento com o apoio dos agentes comunitários de saúde.

O prontuário médico é o único instrumento de registro das ações desenvolvidas.

O acolhimento dos usuários tem muito a ser melhorado, mas não temos profissionais qualificados para tanto. A secretária municipal de saúde comentou, em reunião, que deve ser feito um curso sobre acolhimento com os recepcionistas e atendentes para melhorar o atendimento e deve ser instituída uma classificação de risco para a melhor triagem de usuários. Inclusive, deve ser determinado um dia ou horário, só para retornos com exames, para que as pessoas não precisem enfrentar muita fila.

As ações de educação em saúde são organizadas pelo enfermeiro e por mim, e são ministradas palestras (pelos ACS e por nós), durante a sala de espera. A equipe odontológica faz palestras em escolas sobre saúde bucal, além de aplicação de flúor e escovação supervisionada.

A visita domiciliar é feita com cada médico em um dia determinado da semana. A média é de três a quatro visitas semanais, sendo que estas são feitas no turno matutino das quartas-feiras. Porém, se necessário, me desloco à casa de algum usuário que esteja precisando mesmo não sendo no meu dia de visita. A Secretaria não disponibiliza transporte para a realização das visitas, daí temos que fazê-las com transporte próprio.

Enfim, a UBS atende às normas do Ministério da Saúde em muitos pontos, mas ainda há muito que melhorar. Mas, a melhoria dessa realidade parte de profissionais engajados e preocupados com a sociedade atendida.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município onde atendo tem o nome de Eirunepé, localizado no interior do Estado do Amazonas, região norte do Brasil. Pertencente à Microrregião de Juruá (Rio que banha o município) e Mesorregião do Sudoeste Amazonense. Localiza-se a

sudoeste da capital do estado - Manaus, distando desta cerca de 1.160 km. Ocupa uma área de 15.832 km<sup>2</sup>, sendo que 4.317 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. Segundo dados do IBGE (2010) Eirunepé possui uma população de 30.665 habitantes, sendo que, no ano de 2013, tinha sua população estimada em 33.127 habitantes. É, portanto, o vigésimo município mais populoso do estado e o primeiro de sua microrregião. Eirunepé é também um centro sub-regional do Amazonas. A Figura 1 mostra a pirâmide etária e o Quadro 1 a distribuição populacional por faixa etária e por gênero do município de Eirunepé (IBGE, 2010).

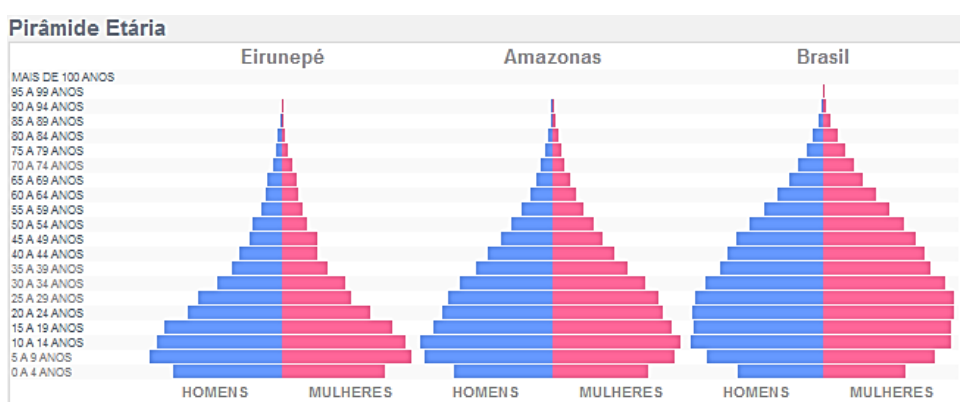


Figura 1: Pirâmide Etária do Município de Eirunepé.  
Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 2010.

Idade	Eirunepé	
	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	1.762	1.658
5 a 9 anos	2.131	2.075
10 a 14 anos	2.015	1.981
15 a 19 anos	1.905	1.777
20 a 24 anos	1.517	1.414
25 a 29 anos	1.341	1.119
30 a 34 anos	1.031	1.010
35 a 39 anos	801	737
40 a 44 anos	696	578
45 a 49 anos	523	558
50 a 54 anos	466	411
55 a 59 anos	339	323
60 a 64 anos	251	272
65 a 69 anos	243	234
70 a 74 anos	141	157
75 a 79 anos	92	99
80 a 84 anos	81	53
85 a 89 anos	29	19

<b>90 a 94 anos</b>	10	12
<b>95 a 99 anos</b>	8	7
<b>Mais de 100 anos</b>	2	1

Quadro 1: Distribuição populacional por faixa etária e por gênero do município de Eirunepé/AM.

Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 2010.

O Sistema de Saúde do município conta com quatro UBS em funcionamento, todas do tipo Unidades Saúde da Família (USF) e mais duas UBS em construção. Atualmente, a população coberta é de 27.000 habitantes (SAGE, 2014), correspondendo a 88,04% da população. São 09 equipes de Saúde da Família atuando. O mesmo sistema dispõe de um NASF com profissionais da área de Nutrição, Serviço Social, Biomedicina, Educação Física, entre outros. Tal serviço é instalado no prédio da Secretaria Municipal de Saúde, de onde dá suporte a todas as Unidades Básicas de Saúde. O município não dispõe de Centro de Especialidade Odontológica (CEO) até o momento, porém está nos planos da Secretária a construção do mesmo.

Como atenção especializada, são ofertados à população atendida serviços de Ortopedia e Fisioterapia, em tempo integral, num Centro Especializado recém-inaugurado, além de: atenção psiquiátrica e psicológica, mensalmente, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); atenção em Ginecologia e Obstetrícia quinzenalmente; e atendimentos mensais em Oftalmologia. Dispomos de um Hospital Regional que acolhe a demanda de urgência e emergência e demanda de medicina interna do Município de Eirunepé e de outros municípios (Envira, Ipixuna, Itamarati) e todas as comunidades ribeirinhas dessa região.

A atenção farmacêutica, no momento, está centralizada em uma Farmácia Central por questões de organização do sistema e do acesso à internet, para atender a critérios de programa de qualidade. Os exames complementares solicitados são realizados no Hospital Regional, mas com apoio tanto de pessoal, quanto de equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde. Ainda existe uma espera grande para os resultados desses exames, embora exista um esforço para inaugurar um Laboratório Municipal para onde será dada vazão à demanda gerada nas Unidades Básicas de Saúde.

A UBS onde atendo leva o nome de Genésio Albuquerque, localizada na Avenida Castro Alves, s/nº - Bairro Santo Antônio e é uma Unidade da Estratégia de

Saúde da Família. Nesta unidade atuam 02 equipes distintas de Saúde da Família: a 003 (urbana), que atende à área terrestre do Bairro Santo Antônio assistindo a população geral e escolar; e a equipe 006 (rural) que atende a área do Rio Eiru e do Rio Tarauacá também assistindo a população geral e escolar. Tem no seu quadro: 45 profissionais registrados, entre contratados e estatutários. A equipe 003 é formada por um médico generalista, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde. A equipe 006 é formada por um médico generalista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 10 ACS. É mantida pela Prefeitura Municipal de Eirunepé e pelos recursos enviados pelo Ministério da Saúde.

A estrutura da UBS é razoável, frente à realidade de todas as outras unidades do município. Foi reinaugurada há dois meses, sendo que foi reconstruída no mesmo espaço da unidade antiga. Foram feitas muitas alterações positivas: amplo corredor, dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, dois consultórios odontológicos com dois equipos odontológicos, uma sala de imunização, uma sala onde funciona o serviço de prevenção de incapacidades do programa de hanseníase, uma cozinha, dois banheiros, um banheiro adaptado para cadeirantes, espaço para reuniões e grupos específicos, uma sala para triagem, uma sala para recepção, uma sala de curativos e pequenas cirurgias, uma sala de espera, todos obedecendo as medidas mínimas e, alguns espaços são até maiores que as orientações do Ministério da Saúde.

Como pontos positivos temos: inexistência de degraus ou desníveis; uma pintura de qualidade; piso antiderrapante; inexistência de tapetes. Como pontos negativos: não funcionamento de uma farmácia, inexistência de alguns espaços como: sala de expurgo, sala de almoxarifado, sala de depósito de lixo não contaminado fechada; não existe coleta de lixo reciclável e orgânico; falta de fonte de luz natural satisfatória para exame clínico em consultório médico; falta de corrimão e delimitação de faixas para deslocamento seguro para cadeirantes ao chegar à unidade; não ter as janelas com tela mosquiteira.

Definir estratégias para melhorar a estrutura é bem difícil, pois, segundo a administração, o recurso empregado foi de acordo com o espaço antigo. A melhor maneira que temos é o uso adequado do mesmo espaço, por meio da melhor organização do serviço. Assim, como sugestões para melhoria podemos pensar em: instalação de uma farmácia na unidade; construção de faixa e/ou rampa dedicada

aos deficientes na chegada à Unidade Básica de Saúde; construção de uma estrutura para o compressor utilizado na odontologia; instalação de telas mosquiteiras em todas as janelas como medida de prevenção à Malária; mesmo com a coleta diária de lixo, deve ser construída ou destinada uma sala fechada para a coleta de lixo não contaminado, isolando-o de insetos.

As atribuições atendidas pelas equipes da ESF são bem diferentes. Como são duas equipes, uma urbana e uma rural, a forma de atendimento é bem diferente. A equipe urbana, a qual fui lotado recentemente, é uma equipe bem ativa, temos um enfermeiro muito comprometido e engajado no serviço prestado, os 12 ACS reúnem com o enfermeiro todos os dias, antes de saírem para o acompanhamento de sua área de abrangência. Este enfermeiro é coordenador do programa de combate à tuberculose e todos fazem a busca ativa aos sintomáticos respiratórios. As ações de educação em saúde são feitas por mim (médico), enfermeiro e ACS e são realizadas tanto no ambiente da unidade, como em escolas. Respondo como médico de referência do programa de combate à hanseníase. A gestora da unidade é bem empenhada na melhoria do atendimento, muito preocupada com a saúde dos usuários atendidos. A técnica de enfermagem é bem aplicada e participa ativamente das ações disponibilizadas, como a coleta de material para exame de Colpocitologia Oncótica. O enfermeiro faz o atendimento e organização de toda a demanda espontânea. Instalamos uma equipe para realizar o acolhimento nos turnos matutino e vespertino. Os odontólogos correspondem às suas atribuições.

Em relação à equipe da zona rural, não tenho como analisar a atuação desta, pois só tive contato com a técnica de enfermagem que atua na unidade. O que precisamos melhorar é, principalmente, a implementação de protocolos de atendimento em todas as principais áreas da atenção primária, pois muitas ações são realizadas todos os dias, porém a falta de organização e registro deixa no anonimato muitas ações que disponibilizamos à comunidade, como foi observado no preenchimento do caderno de ações programáticas.

A população da área adstrita da UBS é de 7.560 habitantes sendo 5.971 (equipe urbana) e 1.589 (equipe rural). Temos, principalmente na área urbana, uma quantidade enorme de habitantes para a mesma equipe. Por esse motivo, está sendo construída mais uma UBS no mesmo bairro para poder atender às recomendações do Ministério da Saúde.

O atendimento à demanda espontânea em nossa unidade é um dos principais problemas que enfrentamos no dia a dia. Quando comecei, a maioria dos usuários ficava esperando o atendimento eletivo acabar e entrava no consultório para receber atendimento, não aceitando as orientações dos funcionários da recepção. Após o início desse curso de Especialização em Saúde da Família, e da leitura do Manual de Acolhimento à Demanda Espontânea do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), conseguimos uma reunião com todos os funcionários e nos organizamos. Instituímos uma equipe de acolhimento que funciona nos dois turnos de atendimento, ficando os médicos generalistas na retaguarda para problemas agudos. O atendimento melhorou muito e estamos aprendendo cada vez mais a gerenciar essa demanda.

Nosso serviço não disponibiliza nenhuma ação programada em relação à puericultura. A informação disponibilizada pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é de 38% de cobertura, sendo que apenas 61 crianças são acompanhadas na unidade, das 160 crianças menores de um ano residentes na área. O atendimento se restringe ao aspecto curativo, haja vista que se aproveita de uma oportunidade em que a criança é trazida por um problema agudo de saúde para poder passar alguma informação ou verificar a vacinação e o crescimento e desenvolvimento. Não há nenhum protocolo sendo seguido, e vejo que esse é o principal problema de todas as ações. Não são registradas as ações, ou seja, perdemos muito do que fizemos porque depois não temos como comprovar. Estamos buscando a implementação de protocolos para a melhor organização. Não podemos avaliar a adesão da população frente a uma ação que não é feita. Estamos desprendendo esforços para reunir com todos os coordenadores para cobrar a implementação dos protocolos e organização dos serviços.

A atenção pré-natal é a mais organizada. Temos um dia da semana dedicado a essa população em específico. Possuímos apenas 43 gestantes sendo acompanhadas na unidade, o que corresponde a 38% do total de gestantes residentes em nossa área, que é de 113 mulheres. Ainda temos que melhorar, mas já observamos mudanças significativas e positivas. Solicitamos que fosse dada prioridade à realização dos exames das gestantes que estão no 3º trimestre de gestação, para que não dessem a luz sem a constatação laboratorial de alguma patologia. Todas as gestantes estão sendo encaminhadas e avaliadas pelos profissionais de saúde bucal, o que nunca havia ocorrido em nosso município.

Também estão sendo avaliadas e imunizadas de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012). Temos um serviço de ginecologia e obstetrícia para o qual as encaminhamos quando detectada gestação de alto risco ou alguma intercorrência. De acordo com os dados do SIAB, o percentual de cobertura da atenção ao puerpério é de 89% (143 de 160 puérperas existentes na área), mas na prática esse dado não condiz com a realidade, pois inexistente um serviço organizado de atenção puerperal. As dificuldades ainda existem, como falta de um protocolo para organizar e registrar as ações e podermos extrair os indicadores de qualidade; falta de reuniões de grupo com as gestantes para a educação em saúde; falta do acompanhamento puerperal de qualidade e organizado.

A Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama é outra área que necessita urgentemente de intervenção e organização. A cobertura para a Prevenção de Câncer de Colo de Útero registrada é de 31%, na qual apenas 500 de 1601 mulheres entre 25 e 64 anos são acompanhadas e orientadas quanto à prevenção. A única forma de organização que me foi mostrada foi um livro de registro, onde são anotados os nomes das usuárias, data da coleta e, quando chega, o resultado do mesmo. Não são feitas ações de educação em saúde, busca ativa, exame das mamas (apenas as usuárias que tem queixas de nódulo mamário). A prevenção do câncer de mama praticamente inexistente e as usuárias até estranharam quando comecei a atender e realizar o exame completo das mamas. A falta de técnica correta de coleta do material para o exame colpocitológico acarreta inúmeros exames com amostra insuficiente. Enfim, é uma área que pode ser definida como prioridade.

A prevenção ao Câncer de Mama, de acordo com os dados obtidos pela ação de busca de dados com os ACS, conta com uma cobertura de 28%, ou seja, apenas 105 de 371 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área são acompanhadas na UBS para a prevenção do câncer de mama, mas esse número é totalmente inverídico. Não existe aparelho de mamografia ativo. Quem precisa realizar o exame tem que se dirigir à Manaus. Temos informações de que já existe um mamógrafo na cidade, de acordo com a Secretária Municipal de Saúde; mas falta estrutura física para poder funcionar. Até profissionais preparados já dispomos. É questão de tempo para essa atenção funcionar de verdade.



A atenção aos hipertensos e diabéticos se dá por meio de ações dos ACS, mas as consultas para acompanhamento médico, na maioria das vezes, se resumem às situações de exacerbações ou descontroles. Não é realizado nenhum tipo de avaliação e estratificação de risco como rege o Caderno de Atenção Básica Nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013b). A cobertura que se espera está muito distante para a enorme população abrangida. Para as duas equipes, contamos com uma cobertura de apenas 10% do total (140 de 1.342 hipertensos) e para a equipe na qual atuo, a cobertura é de 13%, ou seja, são acompanhados 140 hipertensos, dos 1.060 estimados para a equipe, segundo o caderno de ações programáticas. Apenas 25 hipertensos fazem parte de um único grupo que realiza atividades físicas regulares e é acompanhado pelo educador físico do NASF.

A cobertura da atenção aos diabéticos é ainda menor, temos apenas 6% do total de diabéticos esperados para a área sendo acompanhados e na minha equipe a cobertura é de 8%, ou seja, são acompanhados 23 diabéticos dos 303 estimados pelo caderno de ações programáticas disponibilizado pelo curso. Falta busca ativa e trazer esses usuários para um grupo onde devem ser dadas orientações sobre alimentação correta e saudável, prática correta de atividades físicas, terapêutica medicamentosa, consultas programadas para estratificação de risco e solicitação e avaliação de exames complementares regulares. Tudo isso só poderá ser feito no momento em que funcionar o seguimento de um protocolo.

A atenção aos idosos, não muito diferente dos hipertensos e diabéticos, tem muito a melhorar, visto que temos uma cobertura de apenas 29% (134 idosos acompanhados de 456 idosos residentes na área). Não existe programação e organização para consultas eletivas, não existem reuniões de grupo para orientação e seguimento nutricional, prevenção de acidentes, avaliação médica global, ou seja, não estamos visando à saúde, apenas estamos curando estados de doença. Falta engajar cada vez mais os profissionais tanto da unidade, quanto do NASF. Acredito que tudo se resume ao melhor uso dos recursos que já dispomos.

O maior desafio que precisamos sobrepujar é a falta de organização do serviço. Nesse início do processo de avaliação da análise situacional, muitos foram os que reclamaram pelo possível aumento de responsabilidades, mesmo sabendo que estou apenas querendo fazer valer o certame que trata das atribuições de cada profissional, apontadas na Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, proposta

pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b). Assim como o processo de acolhimento da demanda espontânea já melhorou bastante em nossa unidade após a aplicação de orientações de um manual, a atenção pré-natal evoluiu, as ações de educação em saúde estão cada vez mais presentes e, as outras principais áreas da atenção primária vão se beneficiar de um grupo unido e coeso no sentido de organizar cada vez mais e melhor o atendimento à comunidade.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

A analogia que pode ser feita entre a análise situacional da terceira semana do curso e o relatório feito agora é de como superficial foi a avaliação feita sem os subsídios obtidos durante esse período.

Primeiramente, tive a oportunidade de iniciar minhas tarefas em outra Unidade Básica a Padre Antônio Cremer; depois fui transferido para a Unidade Básica Genésio Albuquerque, onde sou lotado, e fui, novamente, remanejado de equipe, da 006 (rural) para a 003 (urbana).

Na tarefa da Unidade de Ambientação fui bem sucinto e superficial, pois não tinha o conhecimento suficiente para observar as reais carências do serviço, as faltas quanto à inexistência de protocolos, a desorganização do acolhimento da demanda espontânea, a prática meramente curativa da atenção pediátrica. Preocupe-me em apontar a falta de busca ativa e apenas a precariedade da estrutura física.

Durante a elaboração do Relatório Situacional, diante da escassez completa do registro de informações sobre as ações prestadas, salvo à saúde bucal, pude perceber o quanto estamos longe do ideal preconizado nos manuais. Observei as falhas de ações prestadas com bases nos textos que regem a atenção básica, principalmente do Ministério da Saúde. Pude apontar melhorias efetuadas com base já no conhecimento adquirido durante a aplicação dos questionários e das leituras disponibilizadas como a organização do acolhimento, a melhoria da atenção pré-natal, a inserção e entrelaçamento da saúde bucal com outros serviços, assim como a imunização; o foco dado às ações de educação em saúde.

Enfim, o Relatório Situacional é, de longe, mais bem elaborado e demorou bastante tempo para a sua conclusão, pois foi a concatenação de informações

obtidas durante um longo período, de leituras construtivas e de melhorias já concretizadas ou que ainda esperam ser efetuadas no serviço. Todo o processo contribuiu e está contribuindo cada vez mais para a melhoria tanto do funcionamento da UBS, quanto principalmente para o aperfeiçoamento de todos os profissionais.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível que vem se tornando, cada vez mais, o principal foco de ação dos sistemas de saúde pelo seu abrangente campo e por sua capacidade reconhecida de diminuir índices de mortalidade e melhorar índices de qualidade. Dentro das principais ações neste âmbito temos a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Segundo estudos realizados por alguns autores como Stevens *et al.* (2001), Schmidt *et al.* (2011) e Rosa (2008) *apud* Brasil (2013a), o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são as doenças responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), representando, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas portadoras de insuficiência renal crônica submetidas à diálise. Portanto, realizar uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde, tendo por foco a Atenção aos Hipertensos e Diabéticos, é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (BRASIL, 2013a, b).

Presto serviço no município de Eirunepé, estado do Amazonas, na UBS Genésio Albuquerque, que possui a seguinte estrutura física: dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, dois consultórios odontológicos, uma sala de imunização, uma sala onde funciona o serviço de prevenção de incapacidades do programa de hanseníase, uma cozinha, dois banheiros, um banheiro adaptado para cadeirantes, espaço para reuniões e grupos específicos, uma sala para triagem, uma sala para recepção, uma sala de curativos e pequenas cirurgias e uma sala de espera. Nesta unidade atua uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), a 003 (zona urbana), da qual faço parte. A equipe profissional 003

é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico, 01 técnico de enfermagem e 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A população atendida pela equipe urbana é de um total de 5.971 habitantes, sendo que temos 140 hipertensos (13% de cobertura) e 23 diabéticos (8% de cobertura) residentes e acompanhados, no entanto, o caderno de ações programáticas, disponibilizado pelo curso, estima um total de 1.060 hipertensos e 303 diabéticos na área de abrangência da equipe. Já na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, de acordo com o Vigitel (2011), é estimado um total de 908 hipertensos (15,4% de cobertura) e 224 diabéticos (10,2% de cobertura) e será esta estimativa que iremos seguir durante a intervenção, por estar mais condizente com nossa realidade.

Não temos, atualmente, um seguimento de protocolo em nenhuma das ações básicas relacionadas à atenção aos hipertensos e diabéticos, logo, não há estratificação de risco, agendamento de consultas, solicitação e interpretação regular de exames laboratoriais e nem há reunião em grupos organizadamente. As ações já desenvolvidas se resumem aos atendimentos clínicos em livre demanda, diagnóstico e terapêutica clínica, visitas domiciliares, adequação de terapêutica e atendimentos de urgência, estabilização clínica e encaminhamento para o hospital (setor de urgência e emergência). A adesão da população alvo (hipertensos e diabéticos) não é muito boa, o que percebemos no grupo de poucos que fazem uma caminhada matinal. Assim, temos muito a melhorar nessas duas ações com organização, empenho e segurança nas atividades.

A implementação e o seguimento de todas as ações mínimas do projeto de intervenção são totalmente palpáveis e possíveis, pois temos uma equipe muito engajada (recebendo prêmio como a melhor equipe de saúde da família do município), com enfermeiro bem disposto, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde disponíveis e empenhados, além de um gestor bem acessível e presente em todas as reuniões. Como principal dificuldade, podemos elencar a realização de exames laboratoriais de acordo com o protocolo (apenas um laboratório para atender toda a demanda) e atendimento odontológico para todos os cadastrados, pois a oferta deste tipo de atendimento é bem restrita. Com a organização demonstrada durante as 16 semanas de implementação do projeto, poderemos dar continuidade ao atendimento médico e odontológico agendado para a população-alvo e continuar reunindo o grupo de hipertensos e diabéticos para

orientação nutricional, educação em saúde sobre tabagismo, atividade física e saúde bucal, entre outros.

Levando em consideração todos os aspectos citados, justifica-se, inexoravelmente, a implementação deste projeto de intervenção sobre os hipertensos e diabéticos, pois ofereceremos uma melhor assistência médica, de enfermagem e odontológica aos hipertensos e diabéticos, seguiremos um protocolo e teremos um melhor acompanhamento desses usuários. Com a fixação do grupo de reunião com a população-alvo, traremos a população à UBS e faremos o possível para edificar o hábito de que estes usuários frequentem o serviço, não apenas para o tratamento de processos patológicos, mas também para a prevenção de agravos e promoção da saúde. Assim, buscamos aumentar os indicadores de qualidade, que hoje são, praticamente, inexistentes.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Qualificar a atenção em saúde de usuários com HAS e/ou DM da ESF/Equipe 003, na UBS Genésio Albuquerque, no município de Eirunepé/Amazonas.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes:

**Meta 1.1** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS;

**Meta 1.2** Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS;

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes:

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

**Meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos;

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ diabetes ao programa:

**Meta 3.1** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

**Meta 3.2** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações:

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Objetivo 5:** Mapear os usuários com hipertensão, de risco para doença cardiovascular:

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Objetivo 6:** Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes:

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos;

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos;

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos;

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos;

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Genésio Albuquerque, no Município de Eirunepé/AM. Participarão da intervenção 908 hipertensos e 224 diabéticos que fazem parte da área de abrangência da Equipe 003 desta UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Para qualificar e ampliar a cobertura da população de hipertensos e diabéticos, no eixo de Monitoramento e Avaliação (M&A), será aberto livro para registro e cadastramento destes usuários, bem como o preenchimento de ficha/cartão espelho, sendo que estes registros serão feitos pelos profissionais e monitorados mensalmente.

No eixo Organização e Gestão do Serviço (OGS), será realizado o cadastramento no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade pelos ACS. O acolhimento a essa população em específico será enfatizado e melhorado, será disponibilizado material de qualidade para a aferição da pressão arterial e glicemia capilar, será feita uma



escala de agendamentos para consultas clínicas nos dois grupos, a fim de estabelecer uma rotina de consultas para o acompanhamento dos mesmos.

Em relação ao eixo Engajamento Público (EP), iremos esclarecer à população sobre a importância do correto diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e, para isto serão realizadas palestras, atividades educativas na comunidade (escolas, igrejas, e outros espaços sociais), sala de espera pelos profissionais na UBS, programa de rádio sobre o tema e divulgação sobre o tema em carro de som.

Na Qualificação da Prática Clínica (QPC), a equipe será capacitada durante o primeiro dia das ações nos dois turnos, e será realizado um grupo de estudos em equipe, nas tardes da quarta-feira de cada semana, para leitura e discussão do Caderno de Saúde de Hipertensão e Diabetes.

Para garantir a melhoria na qualidade da assistência de hipertensos e diabéticos cadastrados durante a aplicação do projeto, definiremos as competências de cada membro da equipe, desde o agente comunitário de saúde ao médico, seguiremos as orientações dos protocolos discutidos na capacitação da equipe. No eixo M&A, avaliaremos a realização do exame clínico em usuários hipertensos e diabéticos, conforme o protocolo. Faremos tal avaliação através da análise dos prontuários individuais e do registro das informações mínimas nesse. Os exames laboratoriais serão avaliados nas reuniões da equipe para avaliação das ações, que ocorrerão nas tardes de quarta-feira.

Na OGS teremos a versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário, serão solicitadas a impressão de 03 protocolos através de ofício entregue à coordenação da Atenção Básica do município para disponibilizar na UBS para estudo e revisão dos funcionários. Será realizada a busca ativa dos hipertensos e diabéticos que não tiverem comparecido no serviço nas datas pré-agendadas. Faremos revisão dos prontuários individuais dos usuários buscando acompanhar a correta solicitação dos exames complementares de acordo com o protocolo, e acompanharemos o tempo entre solicitação e realização dos exames. Buscaremos estabelecer uma periodicidade para realização de capacitação dos profissionais envolvidos.

Para fortalecer o EP, os hipertensos e diabéticos serão informados sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas dessas patologias e os benefícios de um acompanhamento correto e tratamento adequado. Mostraremos a

importância de terem o bom exame clínico e como esse previne complicações irreversíveis. Ainda enfatizaremos como a UBS estará de braços abertos para acolhê-los. Incentivaremos o controle social por parte da comunidade sobre seus direitos e deveres quanto ao serviço disponibilizado.

No eixo QPC a equipe será capacitada para o acolhimento dos hipertensos e diabéticos, e a correta adoção dos protocolos referentes à Hipertensão e Diabetes propostos pelo Ministério da Saúde, realizando estudo em equipe.

Para melhorar a adesão à atenção dos usuários com hipertensão e diabetes deve-se fazer busca ativa de 100% dos faltosos às consultas de acompanhamento, e, para isso, no eixo M&A, verificaremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), revisando periodicamente os livros de registro de hipertensão e diabetes, monitoraremos as buscas aos faltosos, feitas pelos ACS, e, caso o mesmo não compareça com essa busca, o enfermeiro/médico realizará uma segunda tentativa junto com o ACS.

Na OGS, as visitas serão organizadas por meio dos registros dos hipertensos e diabéticos. A recepcionista informará para o ACS e organizará a agenda para acolher os usuários provenientes das buscas, sempre deixando duas vagas de consultas reservadas para os faltosos da semana anterior.

Para o EP informaremos a comunidade e os hipertensos e diabéticos sobre a importância do acompanhamento regular dos mesmos, através da realização de atividades na comunidade e na sala de espera, além do reforço da informação nas consultas individuais.

Na QPC serão realizados treinamentos com os Agentes Comunitários de Saúde e recepcionista para a identificação dos usuários em atraso, através da caderneta do hipertenso/diabético e da agenda.

Para melhorar o registro das informações, devemos monitorar os registros feitos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o próprio livro de registro da unidade, verificando os registros de todos os acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos na UBS, verificando a adequação dos mesmos e corrigindo os que necessitarem de complementação ou correção.

Como OGS, aplicaremos registro específico, faremos análise das informações inseridas no SIAB durante a reunião semanal da equipe, daremos nomes aos responsáveis tanto pela inserção das informações quanto aos que objetivarem a revisão das mesmas; e ainda faremos busca ativa nos prontuários

individuais daqueles que forem atendidos buscando a não realização das etapas obrigatórias do exame clínico e estratificação de risco para a sua aplicação. Será preenchida a planilha de acompanhamento, implantada a ficha espelho da caderneta do hipertenso e diabético, pactuado com a equipe o registro das informações, o SIAB será mantido atualizado e, ainda, será definido o responsável pelo monitoramento dos registros feitos.

No EP, reforçaremos aos hipertensos e diabéticos e comunidade da área adstrita a importância da manutenção dos registros em dia. Como qualificação da prática clínica, o treinamento da equipe abrangerá a correta inserção de dados e registro dos atendimentos.

Para mapearmos o risco para doença cardiovascular nos hipertensos e diabéticos, realizaremos estratificação de risco para morbidade/mortalidade em todos os hipertensos e diabéticos e monitoraremos os prontuários individuais para ter, no mínimo, uma avaliação de risco anual.

No eixo da OGS daremos prioridade ao atendimento dos usuários de alto risco, que serão identificados na ficha espelho e encaminhados para serviço especializado, quando necessário. Será garantida a referência para especialista.

No EP serão fornecidas orientações à comunidade e aos usuários-alvo sobre os fatores de risco e à importância do controle dos modificáveis.

Para a QPC todos os profissionais serão capacitados para a identificação dos fatores de risco para morbimortalidade e sua classificação de acordo com o Escore de Framingham, seu devido registro e as estratégias para o controle dos mesmos.

Para a promoção em saúde priorizaremos as consultas periódicas anuais com o odontólogo e reuniões em grupo. Em parceria com os profissionais do NASF, serão oferecidas orientação nutricional em grupo e individual, bem como orientação sobre as atividades físicas necessárias para a qualidade de vida e prevenção de complicações das patologias.

Na OGS, organizaremos a agenda de atendimento médico clínico com priorização dos de alto risco, buscaremos o agendamento para atendimento odontológico. Organizaremos encontros em grupo para orientação nutricional, odontológica, médica, educação física e orientação sobre os riscos do tabagismo.

No EP, buscaremos o apoio da comunidade através de parceria com escolas, igrejas e associações. Assim, por meio de ofício, tentaremos conseguir a

autorização para palestras sobre o assunto, participações em cultos e missas para divulgação e convocação para a participação das ações de melhoria do atendimento.

Na QPC, buscaremos a capacitação da equipe envolvida sobre o aspecto médico, nutricional, odontológico e de educação física.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.



Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

### **2.3.3 Logística**

Para a aplicação das ações do projeto de intervenção na atenção ao hipertenso e ao diabético utilizaremos os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde como protocolos a serem seguidos, com suas orientações e fluxogramas (BRASIL, 2013 a,b). Solicitarei, através de ofício, a impressão de três cópias de cada caderno, junto à Secretaria Municipal de Saúde, e deixarei estrategicamente uma cópia com o enfermeiro da equipe, outra no consultório médico e uma cópia junto aos ACS para sanar qualquer dúvida durante a aplicação das ações. As cópias serão impressas na Secretaria Municipal de Saúde. As três cópias serão necessárias para dirimir qualquer dúvida do médico, enfermeiro da equipe, agentes comunitários de saúde e demais profissionais; ficando localizadas no consultório médico, sala do enfermeiro e recepção para pesquisa e leitura. O registro de dados será feito na planilha de coleta de dados (ANEXO A) e também na ficha-espelho (ANEXO B) disponibilizadas pelo curso.

No que tange à QPC, no primeiro dia do cronograma, faremos reuniões com toda a equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, gestor da unidade, odontólogo, nutricionista, educador físico, recepcionistas e ACS), nos dois turnos, quando apresentarei todo o projeto: como se dará a aplicação da intervenção; as principais orientações dos protocolos; e determinaremos, em conjunto, as funções de cada integrante. Tais reuniões ocorrerão no consultório de enfermagem, na UBS. Neste momento, discutiremos, ainda, como acontecerá o acolhimento aos hipertensos e diabéticos e ainda como iremos definir a priorização do atendimento.

Pactuaremos junto à Secretaria Municipal de Saúde a realização de capacitações sobre os temas relacionados à hipertensão e diabetes, bem como sobre a intervenção e uma periodicidade definida entre as mesmas. Como médico da equipe, buscarei dar toda a capacitação necessária para a UBS, assim como as outras unidades do município, possa continuar essa atenção organizada e bem acompanhada. Envolveremos toda a nossa equipe, desde o gestor até a cozinheira, para oferecermos um serviço bem estruturado e que possa ter sequência, mesmo com a saída de qualquer profissional, posteriormente. A capacitação deverá ser realizada pelo médico da equipe, no âmbito da UBS, utilizando notebook, Datashow, caixa de som e microfone, bancos e cadeiras da UBS. A capacitação para as demais equipes ocorrerá no Auditório da UBS Batista Marques com o apoio logístico da Secretaria Municipal de Saúde, com recursos audiovisuais (notebook, Datashow, caixa de som e microfone), sendo servido lanche no intervalo, providenciado pela equipe do NASF.

Os profissionais serão treinados para identificar os usuários que necessitam de cadastramento e acompanhamento no programa. Os profissionais que lidam diretamente com a assistência clínica ou com a realização de procedimentos com essa demanda serão instruídos quanto ao modo correto de preenchimento da ficha espelho e planilha de acompanhamento, assim como os procedimentos clínicos mínimos que devem ser anotados pelos profissionais no prontuário individual.

Ainda, a equipe será capacitada pelo médico para como fazer uma estratificação pelo Escore de Framingham ou de lesões em órgão-alvo, sua importância e as possíveis medidas estratégicas para o controle de riscos modificáveis. Para garantirmos uma boa avaliação do usuário e facilitar o atendimento, fixaremos, em todos os consultórios, um fluxograma de atendimento

das duas doenças e estratificação de risco, assim como deve ser a solicitação e interpretação correta dos exames diagnósticos de hipertensão e diabetes.

Em relação ao eixo OGS, para alcançarmos as metas pactuadas, primeiramente abriremos livros específicos de registro (livro ata), já disponíveis na unidade, para cadastramento dos usuários alcançados por meio da busca ativa ou demanda espontânea. O usuário que, por ventura, não tenha sido identificado na triagem como hipertenso e/ou diabético também poderá buscar o serviço por demanda espontânea e o mesmo será agendado (não sendo urgência ou emergência), pelos profissionais da recepção, para atendimento clínico e oportuno diagnóstico.

O primeiro contato será realizado pela recepção que encaminhará para o enfermeiro realizar o acolhimento (enfermeiro e/ou técnico de enfermagem) e o mesmo encaminhará para o médico realizar consulta imediata, se urgência/emergência, ou agendará essa consulta, não esquecendo o registro dessas ações.

Manteremos atualizadas as fichas de acompanhamento de todos os usuários cadastrados com diabetes e/ou hipertensão da área de abrangência da equipe. Para a aplicação desse acompanhamento será solicitada, junto à Secretaria Municipal de Saúde, a impressão inicial de 300 fichas-espelho para o início das atividades de cadastramento. As fichas serão armazenadas em uma caixa-arquivo na unidade para, no fim do atendimento, serem revisadas pelo médico e/ou enfermeiro. As fichas-espelho serão solicitadas durante reunião na Secretaria Municipal de Saúde, em número de 300 cópias (impressas na secretaria) e guardadas na sala do enfermeiro.

Em nosso município, o SIAB ainda está sendo utilizado até a completa implementação do e-SUS. Sendo assim, todas as informações produzidas serão lançadas e atualizadas por um profissional de estatística da Secretaria Municipal de Saúde, que será solicitado junto à secretária de saúde. O médico da equipe se dirigirá à Secretaria Municipal de Saúde para acompanhamento dessa atualização.

Na primeira semana, nas tardes de terça e quarta-feira, será realizado na UBS o atendimento (enfermeiro e médico) com exame clínico adequado e realização de estratificação de risco. Tais atendimentos, posteriormente, passarão a realizar-se nas tardes de segunda e terças-feiras, conforme o pré-agendamento realizado durante a triagem de área ou livre demanda. Nos demais dias será feito o

acolhimento da livre demanda pelo enfermeiro da equipe que fará o primeiro atendimento e agendará a consulta médica clínica.

Tentaremos firmar a adesão da população-alvo ao programa de modo que a recepcionista buscará os faltosos no livro de registro de atendimento clínico e nos prontuários individuais. Nas reuniões da equipe, definiremos um ACS para visitar aquele usuário faltoso e solicitar o seu comparecimento ao atendimento. A busca aos faltosos será realizada semanalmente, em todas as sextas-feiras, no turno matutino, pelos ACS correspondentes à micro-área dos faltosos. Se o mesmo não comparecer após essa visita, o enfermeiro ou o médico irá se dirigir à residência e fará nova tentativa de convencê-lo a participar das ações. Nestas reuniões, reforçaremos a importância de cada membro estar ciente e poder convencer os usuários a manter a periodicidade das ações.

Será disponibilizado material de qualidade (12 esfigmomanômetros, 12 balanças, 12 fitas métricas, 12 botas, 02 glicosímetros e 200 fitas – que serão solicitados à Secretaria Municipal de Saúde através de ofício) e formação específica para aferição correta da pressão arterial e realização de glicemia capilar durante a triagem de área e livre demanda. Para alcançarmos a qualidade nas ações de atenção clínica seguiremos estritamente as orientações dos protocolos do Ministério da Saúde quanto à realização do exame clínico. Revisaremos os prontuários individuais (médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde durante reunião) buscando a identificação de falhas na solicitação de exames complementares ou de registro insatisfatório do exame clínico.

A planilha para coleta de dados e acompanhamento será operada pelo médico da equipe em seu computador pessoal, mas também será impressa uma planilha que ficará na unidade.

Faremos a avaliação de risco (enfermeiro e médico), durante as consultas clínicas e o acompanhamento nos usuários cadastrados. Buscaremos manter a periodicidade de, ao menos, uma estratificação de risco anual tanto para hipertensos, quanto para diabéticos. Daremos prioridade de atendimento àqueles com estratificação de alto risco, com um agendamento diferenciado, que será feito pelo enfermeiro da equipe.

Buscaremos adequar o tratamento de todos os hipertensos e diabéticos aos medicamentos disponíveis na farmácia popular, analisando a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos e a Lista de Medicamentos da Farmácia Popular. Tal

tarefa será cumprida nas consultas clínicas, pelo médico da equipe e enfermeiro. Ainda, tentaremos, junto à Secretaria Municipal de Saúde, conseguir uma autorização para a inserção dos usuários cadastrados na agenda odontológica, haja vista a mesma ser bem extensa. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico será realizada pelo enfermeiro e médico da equipe durante o atendimento clínico. Detectada a necessidade de atendimento odontológico, o usuário será encaminhado em receituário comum para o Consultório Odontológico. Um agente comunitário de saúde será designado para fazer revisão das fichas espelho e agendamento de todos os usuários para uma avaliação clínica odontológica. Tal revisão e agendamento serão realizados diariamente pelo agente comunitário com supervisão do enfermeiro da equipe.

Para o EP ocorrer, daremos palestras (Médico, Enfermeiro e ACS) em escolas, igrejas e associações de acordo com a resposta dos ofícios que serão enviados, solicitando nossa participação. Para a realização dessas palestras serão utilizados notebook, Datashow, microfone, caixas de som e cartazes a serem confeccionados por toda a equipe (médico, enfermeiro e ACS) com recursos disponíveis na UBS (cartolina, pincel). O transporte para tais localidades será o transporte próprio de cada membro da equipe.

Os ACS, em conjunto com enfermeiro e médico, farão sala de espera no espaço da UBS tratando das doenças abordadas, orientação nutricional, atividades físicas e perigos do tabagismo. Serão disponibilizados, no espaço da UBS, recursos audiovisuais como Datashow, microfone, apontador laser, notebook, caixa de som e espaço necessário na unidade, nas manhãs de sexta-feira, na primeira hora (das 07:30h às 08:30h), para a realização das palestras em grupo.

Nas últimas sextas-feiras de cada mês buscaremos a realização do Encontro dos Hipertensos e Diabéticos (Grupo) onde serão dadas palestras de educação em saúde e promoção em saúde (riscos do tabagismo, orientação nutricional, hipertensão e diabetes, orientação sobre atividades físicas) com o apoio do NASF, da Secretaria Municipal de Saúde e demais profissionais. Disponibilizaremos lanche nos intervalos (solicitaremos em reunião com a Secretária e Coordenador da Atenção Básica). Para a realização, solicitaremos o apoio e cessão do espaço da Igreja de Santo Antônio, através de ofício à Paróquia de São Francisco; e utilizaremos recursos audiovisuais (notebook, microfone, caixa de som e datashow)..

Nas reuniões em grupo, bem como na consulta individual, orientaremos sobre a estratificação de risco e, de acordo com sua graduação, a importância do acompanhamento correto e possíveis intervenções com o controle dos riscos modificáveis como alimentação, atividade física e cessação do tabagismo. Demonstraremos aos usuários os riscos do não acompanhamento e os benefícios de um tratamento adequado.

Acreditamos que as reuniões de grupo devem ser vistas como uma via de mão-dupla, assim, ouviremos dos próprios usuários suas opiniões sobre alternativas para driblar a evasão do programa. Reafirmaremos a importância de todos não faltarem às consultas e manterem a periodicidade das atividades. Ainda, teremos um momento no qual o médico da equipe irá debater sobre os direitos do usuário e sobre a importância das informações registradas em prontuário.

Durante a quinta e sexta semana de intervenção será realizado programa de rádio sobre HAS e DM e solicitaremos a participação dos ouvintes com dúvidas sobre a temática. Enviaremos ofício à rádio solicitando esse momento. E ainda vamos percorrer, na primeira semana da intervenção, as ruas da área de abrangência com carro de som (solicitaremos o recurso através de ofício à Secretaria Municipal de Saúde) que divulgará as ações a serem executadas, convidando a comunidade a aderirem o programa e melhorarem seu próprio sistema de saúde. O médico da equipe junto ao enfermeiro serão os responsáveis tanto pelo programa de rádio, quanto pelo conteúdo divulgado pelo carro de som.

Buscaremos a promoção à saúde com a garantia de orientação nutricional aos cadastrados (na consulta clínica com o enfermeiro e médico), com a realização de palestras com o profissional nutricionista, cedida pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e atendimento individual aos mesmos nas manhãs de sexta-feira de cada semana, na própria unidade de saúde. Tais atendimentos individuais serão agendados durante a semana pelos ACS.

A orientação quanto à realização de atividades físicas saudáveis ficará a cargo do Educador Físico, também cedido pelo NASF, que dará palestra nas manhãs de sexta-feira na reunião em grupo e acompanhará os idosos em caminhada matinal ou vespertina. Em relação à saúde bucal e os cuidados odontológicos, as orientações ficarão a cargo dos odontólogos da unidade que falarão aos hipertensos e diabéticos sobre o tema e abordarão tais cuidados nas avaliações clínicas odontológicas. É importante salientar que os demais profissionais

(médico, enfermeiro e ACS) envolvidos no acompanhamento do usuário hipertenso e/ou diabético também promoverão orientações sobre saúde bucal, alimentação saudável e a prática de atividade física.

Em relação ao eixo M&A, as ações serão distribuídas para todos os membros da equipe: recepcionista, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, ACS, gestor da unidade, auxiliar de enfermagem e qualquer outro profissional que prestar serviço na unidade. O monitoramento destas ações será compartilhado entre o médico e o enfermeiro da equipe.

Os registros das ações serão monitorados pelo médico da equipe, porém, será pactuada com todos a obtenção de informações de qualidade e o correto registro das mesmas.

Monitoraremos os profissionais que não aderirem ao programa e, nas tardes de quarta-feira, quando reunirmos a equipe para avaliação das ações dispensadas, discutiremos a melhor forma para solucionar eventuais problemas. Neste momento, também avaliaremos os possíveis atrasos de consultas, exame físico não realizado e/ou exame laboratorial não executado em tempo hábil.





### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção realizada na UBS Genésio Albuquerque – ESF 003 teve como foco a melhoria no serviço prestado aos usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita da unidade. Devido às dificuldades logísticas e de recursos, como a distância da UBS até as micro-áreas atendidas pela Equipe 006, a intervenção não foi realizada na área da equipe rural. Ao longo das 16 semanas, as atividades foram realizadas buscando seguir criteriosamente o cronograma estabelecido e as ações preconizadas na planilha OMIA.

Alcançamos 20,8% de cobertura real no atendimento aos hipertensos e 21,4% de cobertura aos diabéticos, além de 100% da realização de exame clínico, orientação nutricional, orientação sobre prática regulares de atividades físicas, orientação de saúde bucal, prescrição de medicamentos da farmácia popular, realização de avaliação de atendimento odontológico, busca aos faltosos, orientação sobre alimentação saudável, orientação sobre riscos do tabagismo.

O mérito desse feito deve ser dividido com toda a minha equipe, principalmente com o enfermeiro Enrique que nos deixou durante esse período, mas que deu um verdadeiro impulso em todas as atividades da intervenção.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Durante o período da intervenção, podemos elencar as seguintes ações realizadas: reuniões periódicas da equipe, palestras em igrejas, divulgação da intervenção e dos programas pelas ruas da cidade em carro de som, correto cadastramento dos hipertensos e diabéticos, encontro com os hipertensos e diabéticos, agendamento de consulta odontológica, agendamento de consulta clínica (inédito no município), atendimento clínico seguindo um protocolo, preenchimento de ficha de exame clínico e ficha-espelho, solicitação correta de exames complementares, correto diagnóstico e ajuste da terapêutica

medicamentosa, orientações sobre atividade física, tabagismo e ingestão de bebidas alcóolicas; visitas domiciliares e triagem em campo.



Figura 2: Fotografia da realização de aferição de pressão arterial em visita domiciliar.  
Fonte: Arquivo próprio.

A primeira tarefa realizada foi a reunião com toda a equipe para informações sobre a HAS e DM e como deveríamos proceder para alcançar nossos objetivos. Essa reunião ocorreu na sexta-feira que antecedeu o início das atividades e pelo menos no dia da reunião não tivemos nenhuma dificuldade. Todos os profissionais tanto da equipe 003 (urbana – da qual faço parte), quanto da 006 (rural) estiveram presentes e se fizeram participativos e colaborativos para a melhor execução da intervenção. Levamos para a reunião 02 cópias impressas completas dos cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 do Ministério da Saúde e cópias de partes específicas, para cada agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem, visando abordar a técnica correta e padronizada sobre a aferição da pressão arterial, a obtenção de glicemia capilar, a interpretação dos resultados destes procedimentos e o seguimento dos usuários na intervenção.

Na semana seguinte demos início às atividades com uma reunião solicitada pelo enfermeiro, quando o mesmo explicitou o grande número de atividades as quais já estava comprometido e solicitou que se fizesse apenas o preenchimento da ficha-espelho e que a ficha criada para o melhor exame clínico dos usuários ficasse de responsabilidade do médico. A ficha de exame clínico (APÊNDICE A) foi feita pelo médico da equipe para poder abordar todos os tópicos de suma importância no exame clínico (anamnese e exame físico) dos usuários, pois as informações da ficha-espelho são bem resumidas e os espaços

deixados são mínimos. A ficha de exame clínico passou a ser preenchida apenas pelos médicos, dessa maneira, todos deveriam ser encaminhados para os médicos para o preenchimento.



Figura 3: Fotografia da reunião com a equipe.  
Fonte: Arquivo próprio.

No mesmo dia, em atendimento à solicitação, a gestora e as recepcionistas abriram os livros para o agendamento dos usuários diabéticos e hipertensos; recebemos 300 cópias de folha de exame clínico e 500 cópias de ficha-espelho enviadas pela Secretaria Municipal de Saúde; recebemos as 03 cópias dos protocolos do Ministério da Saúde; reuni com os dentistas que atendem na unidade e solicitei apoio quanto ao atendimento dos usuários que faziam parte da intervenção e que necessitassem de tratamento odontológico após a avaliação da cavidade oral, e os mesmos juntamente com seus técnicos se dispuseram a agendar e atendê-los. Percebemos que tivemos o apoio da direção, dos outros trabalhadores da saúde e de todos os profissionais de saúde, além da Secretaria Municipal de Saúde. Isso pode ser considerado como uma grande facilidade.

Mas vamos falar um pouco das dificuldades e medidas tomadas para solucioná-las. Na terça-feira da segunda semana de intervenção, percebendo e lembrando a dificuldade que certamente teríamos com o alcance da meta de exames laboratoriais, devido ao fato de haver apenas um laboratório no hospital regional que funciona com funcionários cedidos pelo município, me dirigi ao hospital e procurei a Farmacêutica-bioquímica para buscarmos em conjunto uma melhor maneira para atender à intervenção. Por orientação da mesma, tendo em mente a situação provisória do laboratório único e esperando a construção do

laboratório municipal, redigi e enviei ofício à Secretária Municipal de Saúde para solicitar um dia na semana para serem agendados todos os exames eletivos para o público-alvo da intervenção e fui atendido (APÊNDICE B). Tal solicitação é provisória, pois quando estiver funcionando o laboratório municipal não haverá uma fila de, no mínimo, 04 a 05 meses para obter um resultado de exame laboratorial. Mas, mesmo com esse acordo, o atendimento durou muito. Pois faltaram materiais básicos como tubos de ensaio para a coleta de sangue. Nesse momento, que demorou bastante, ficamos sem realização de exames laboratoriais eletivos, ficando a demanda restrita à emergência hospitalar.

Na quarta-feira, reunimos a equipe na unidade, dividimos em dois grupos e saímos para a triagem em campo. Visitamos muitas famílias, realizando aferição de pressão arterial, coleta de glicemia capilar e encaminhamento à unidade, além dos atendimentos clínicos de rotina. Recebemos ainda nesse dia, uma pasta sanfonada da Secretaria Municipal de Saúde para a organização das fichas-espelho.



Figura 4: Fotografia da Equipe (Gestora, recepcionista, enfermeiros, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médico) reunida, antes de sair para a triagem de usuários em campo.

Fonte: Arquivo próprio.

Nos dois dias seguintes, recebemos e acolhemos todos os usuários encaminhados durante a triagem. Mas já tivemos problemas na primeira sexta-feira do mês com o preenchimento incorreto das fichas-espelho (pela enfermeira da equipe 006) e o não preenchimento destas fichas pelo médico da mesma equipe. Tivemos que reunir no fim da tarde e cobrar a colaboração dos colegas.

A tônica das outras semanas foi quase sempre mantida nesse ritmo.

Somente na segunda semana conseguimos fazer a primeira estratificação de risco com a avaliação de exames complementares. Nessa semana também identificamos muitos usuários que tomavam medicação anti-hipertensiva sem ter tido uma confirmação diagnóstica. Solicitamos um Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), fechamos o diagnóstico de uns e descartamos de outros, fazendo uma das principais contribuições desta intervenção, a identificação diagnóstica e a adequação da terapêutica.

Durante o período de triagem no turno vespertino, reunimos e em comum acordo, decidimos que não havia condições de realizar essa atividade de área nos dois turnos, devido às condições de chuva ou de sol intenso. Assim, decidimos realizar esta triagem nas manhãs de quarta e sexta-feira.

Tivemos uma dificuldade nessas duas primeiras semanas, pois queríamos realizar a estratificação de risco apenas com exames laboratoriais. Com a ajuda de minha orientadora, corrigimos essa falha e passamos a realizar a estratificação de risco por aspectos clínicos da história clínica e exame físico, o que seguimos corretamente a partir de então.

Outra dificuldade enfrentada durante a intervenção foi que percebemos que muitos medicamentos que faziam parte da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) não faziam parte da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) e outros bem utilizados (exemplo Losartana Potássica 50mg) só estavam disponíveis por doações do Hospital Regional Vinícius Conrado. Na maioria do tempo faltavam muitos medicamentos básicos como AAS 100mg e Hidroclorotiazida 25mg.

Outro fato que merece menção é o fato de só existir uma farmácia central. Na gestão municipal anterior, em cada unidade básica existia uma farmácia e uma farmácia central no prédio da Secretaria Municipal de Saúde. Com a necessidade de todas as farmácias estarem conectadas a um sistema de informação ligado à internet para a dispensação de medicamentos (Horus), condição imposta pelo Ministério da Saúde para que os repasses para a compra de medicamentos continuassem sendo enviados, foi liberado recurso para a instalação de pontos de internet, computadores e formação de pessoal para todas as unidades básicas. O problema é que o recurso veio, mas nada do que foi exigido foi feito (explicação dada pela atual Secretária Municipal de Saúde). Dessa maneira, foi criada uma única farmácia central, localizada num ponto estratégico do município, que está

conectada ao sistema de informação, atendendo às exigências do Programa de Avaliação da Qualidade do Governo. Logo, nas UBS não existem farmácias, pelo menos por enquanto. Isso é um choque no tocante à adesão à terapêutica medicamentosa, pois os usuários estavam acostumados a buscarem os remédios na UBS. Enfrentamos também essa dificuldade.

Temos que relatar que fomos prejudicados em nossas atividades de área devido aos feriados e pontos facultativos dados por causa do pleito político. Muitas atividades de triagem não ocorreram devido a esses eventos. Não ficando para trás as chuvas intensas que impediram muitas atividades de área.

Na quinta semana de atividades, após reunião com o Pároco da Igreja Católica e com o Diretor da Rádio FM do Povo, enviamos ofício solicitando o apoio dessas duas entidades (APÊNDICES C e D).

Na sexta semana de intervenção, tivemos reunião com o Pároco da cidade (Padre Pedro) na Casa Paroquial onde firmamos a parceria entre a Equipe 003 e a Igreja Católica e programamos o 1º Encontro dos Hipertensos e Diabéticos, que se daria na Igreja de Santo Antônio, bairro onde trabalhamos. O padre se responsabilizou e colocou o carro de som na rua, convidando todos a participarem das atividades do encontro e contribuírem com a melhoria da atenção básica, indo à unidade e realizando as ações de triagem. Por outro lado, recebemos uma negativa da Rádio em relação ao Programa para divulgação das ações.

Nessa mesma semana sofremos uma grande perda. O enfermeiro de nossa equipe teve que viajar para acompanhar sua esposa que seria submetida à uma cirurgia. E o pior, só voltou na cidade para resolver sua demissão. Perdemos o nosso maior parceiro. Ficamos com uma enfermeira responsável por duas equipes, porém a mesma não conseguiu dar conta das mínimas funções requeridas. Outro problema foi o fato do médico da equipe 006 não colaborar com as ações pactuadas. Sendo assim, tivemos a partir da saída do enfermeiro, problemas em relação ao correto registro de atividades, e falhas quanto às ações programadas.

Na sétima semana de atividades ocorreu o 1º Encontro com os Diabéticos e Hipertensos na Igreja Santo Antônio. Tivemos a valorosa participação dos profissionais do NASF (Nutricionista, Educador Físico e Fisioterapeuta) e uma Enfermeira. Foi um momento ímpar e ficamos muito felizes com o



comparecimento e participação de muitos usuários de nossa área. Seguimos um roteiro pré-definido (APÊNDICE E) e tivemos a participação de 82 hipertensos e diabéticos, um número expressivo para nossa área.



Figura 5: Fotografia do 1º Encontro com os Diabéticos e Hipertensos na Igreja Santo Antônio em Eirunepé/AM.  
Fonte: Arquivo próprio.

Infelizmente, tive que me ausentar da UBS por duas semanas por questões pessoais. Nesse período, pelo fato de não estar presente e cobrando dos demais colegas, todas as ações foram esquecidas. Para se ter uma ideia, em uma tarde, cadastrávamos 12 a 15 novos usuários, mas na semana que eu me ausentei, cadastraram apenas 02. Não enviaram um médico para cobrir minha ausência. Nesse período conturbado, chegou uma nova enfermeira para a nossa equipe. Recém-formada, precisou de muita ajuda para poder realizar as atividades preconizadas. Tive que fazer uma nova reunião e mostrar que não haviam feito o que tínhamos pactuado. Firmamos novo acordo de mútua cooperação para que a intervenção continuasse. E seguindo orientações, desprezei as duas semanas e só computei como semana de atividade daquele ponto em diante.





Figura 6: Fotografia de reunião com Agentes Comunitários de Saúde, Técnica de Enfermagem e enfermeira.  
Fonte: Arquivo próprio.

Na sequência tivemos as semanas de Natal e Ano Novo e mesmo com os feriados, as duas semanas foram bem produtivas e com qualidade de atendimento eletivo.

Na 14ª semana de atividades, tive uma péssima surpresa. Ao chegar à unidade, buscando pelos profissionais para dar continuidade às atividades de área (triagem), os mesmos me disseram que não fariam mais. Motivos os mesmos tinham de sobra: atraso de 03 meses de pagamento. Dessa maneira, não tive como cobrar nenhuma ação dos mesmos. Ainda, 04 agentes comunitários de saúde entraram de férias, sendo que já tínhamos dois afastados por motivo de tratamento médico.

Nas últimas duas semanas buscamos junto aos usuários saber a opinião deles em relação à intervenção. A máxima encontrada nos relatos era de que há muito tempo já deveria ter sido implementado. Os hipertensos relataram que nunca haviam saído com a sua consulta agendada, que muitas vezes ficavam sem medicamento porque não conseguiam fichas para o atendimento. Outros disseram que faziam mais de dez anos que não realizavam um exame complementar. Já outros disseram que nunca um médico tinha pedido para eles abrirem a boca numa consulta médica.

Ficamos surpresos quando uma senhora de 70 anos disse que fazia muito tempo que não chegava um médico que auscultasse seu coração e o pulmão e que tocasse nela. Essa senhora é assídua às consultas e agradece muito em todo atendimento. A aprovação por parte dos usuários foi nítida em todos os

momentos, principalmente durante o encontro promovido com os hipertensos e diabéticos.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Uma atividade programada que não pode ser executada foi a tabulação dos dados no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Por mais que tenhamos todas as fichas-espelho em mãos e as fichas do HIPERDIA (Programa de acompanhamento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes), a Secretaria Municipal de Saúde recebeu orientação para não mais alimentar o SIAB, pois teriam que cadastrar todas as famílias das áreas adstritas das unidades básicas de saúde no e-SUS, o novo sistema de informação da Atenção Básica. Assim, estamos com todos os cadastros armazenados em uma pasta-arquivo na unidade, aguardando para serem lançadas.

Também não foi possível realizar o programa em rádio e a palestra em escolas. Esse programa não foi possível porque, mesmo com 03 ofícios enviados ao representante da rádio “comunitária”, o mesmo não autorizou a liberação de um horário para a divulgação das ações da intervenção.

Já as palestras nas escolas não aconteceram devido a um problema ocorrido durante a campanha de combate às geohelmintíases e hanseníase, quando executamos atividades de educação em saúde na principal escola estadual e os alunos apresentaram péssimo comportamento e desrespeito com os profissionais de saúde, impossibilitando a execução de quaisquer outras atividades nessa escola. Vale ressaltar que o Diretor da Escola não demonstrou apoio à equipe de saúde nos momentos cruciais em que tivemos problemas com os alunos, o que inviabilizou qualquer tentativa de melhorar e executar tal ação.

Não realizamos palestras nas outras escolas, pois as outras duas escolas que existem na área são de nível fundamental e creche; não faria sentido palestrar para crianças dessa idade sobre esses dois temas.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados, e não encontramos problemas com o fechamento das planilhas de coleta de dados.

Como ferramentas para a coleta dos dados utilizamos a ficha espelho disponibilizada pelo curso e a ficha de exame clínico criada a partir dos protocolos adotados (Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Hipertensão e Diabetes), além das informações dos prontuários individuais. Recebemos também uma pasta-arquivo, providenciada pela Secretaria Municipal de Saúde, onde foram organizadas as fichas-espelho em ordem alfabética para a busca rápida de acordo com a necessidade.

Uma vez preenchidas essas fichas, as informações nelas contidas eram repassadas para a planilha de coleta de dados no notebook pessoal do médico e produzidos a partir daí os relatórios semanais de acordo com a produção.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Muitos de nossos colegas profissionais de saúde relataram que seria muito difícil manter o cronograma de atividades e inseri-lo no cotidiano da unidade básica de saúde, fazendo com que as ações da intervenção sejam adequadamente incorporadas à rotina da unidade, principalmente por falta de pessoal. Para que isso ocorra será necessária a formação continuada para os profissionais que já trabalham, a contratação de mais profissionais e, principalmente, a divisão da grande área adstrita para duas equipes de Estratégia Saúde da Família. Não esquecendo que o pagamento do salário em dia seria um ótimo estímulo para os profissionais.

Mas, felizmente, algumas ações já foram incorporadas à rotina do serviço, principalmente agendamento organizado, consultas médicas e orientações em promoção em saúde.

## **4 Avaliação da intervenção**

Com o intuito de avaliar todo o processo de trabalho desenvolvido durante as 16 semanas de intervenção, a seguir apresentaremos os resultados obtidos e a discussão dos mesmos, sempre buscando a melhoria do serviço prestado.

### **4.1 Resultados**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

A melhoria da cobertura durante a intervenção foi substancial, como mostra a Figura 7, no entanto não conseguimos atingir a meta estipulada. Na avaliação situacional, observamos que, para um total de 5.971 habitantes na área de abrangência, tínhamos apenas 15,4% de cobertura para hipertensos (140 hipertensos), num total de 908 prováveis hipertensos, segundo os cálculos epidemiológicos. No entanto, este percentual prévio à intervenção, 140 hipertensos cadastrados, não é de todo o confiável, pois foi conseguido por meio da busca e análise de alguns agentes comunitários de saúde em seus registros. Ainda há que se falar que há muito tempo o registro do Programa Hiperdia havia sido interrompido por determinação da coordenação estadual, por isso, a cobertura alcançada é muito positiva, mesmo não sendo a estipulada, pois essa é real e palpável.

Na conclusão do primeiro mês de intervenção, apenas 7,8% (71) dos hipertensos estavam cadastrados; no segundo avançamos para 15,7% (143); no terceiro 18,5% (168) e no fim do 4º mês alcançamos 20,8% (189) de cobertura (Figura 7).

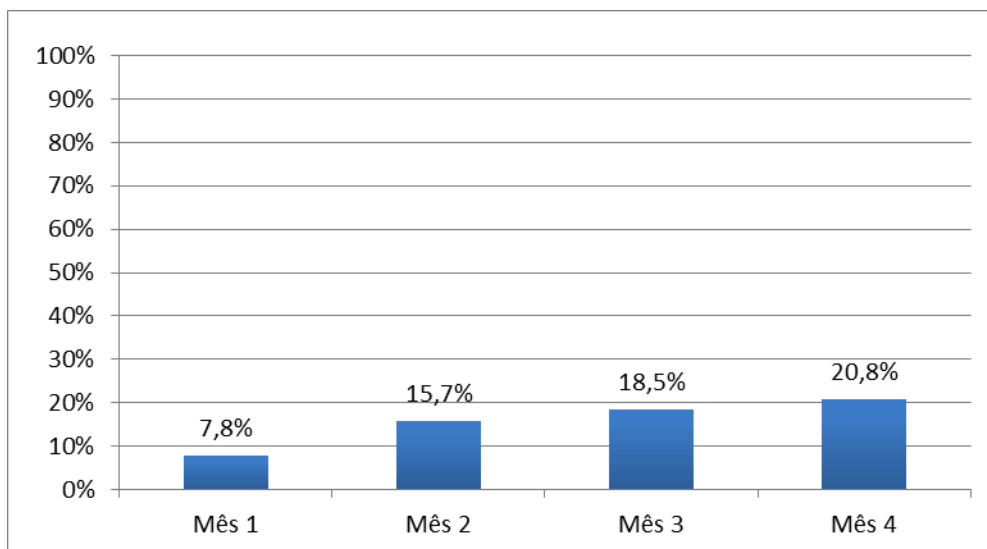


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos residentes e cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.  
Fonte: Planilha de Coleta de dados, 2015.

Como podemos observar o cadastro foi diminuindo quantitativamente de acordo com o passar das semanas. Infelizmente, tivemos a perda de um profissional excelente (enfermeiro), que foi crucial para o bom início das atividades. Somados a esse fator, tivemos inúmeros feriados e pontos facultativos dados por conta do pleito político; greve de profissionais por atraso de salários; chegada de uma nova enfermeira recém-formada que precisamos dar todas as orientações para a correta aplicação das ações, e como se já fosse o suficiente as intempéries climáticas quase sempre interromperam as atividades de campo. As ações desenvolvidas na UBS foram desempenhadas a contento, mas observamos que o principal que temos a melhorar é o aumento do número de profissionais para a grande área que estamos atrelados e principalmente a formação continuada para o bom engajamento.

**Meta 1.2:** Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

A cobertura da atenção aos diabéticos no momento inicial da intervenção era de apenas 10,2% (23 diabéticos), num total provável de 224 para uma população de 5.971 habitantes da área de abrangência.

No primeiro mês de intervenção já tínhamos 8,5% (19) de usuários residentes e cadastrados no Programa de Atenção ao Diabético. No segundo mês

avancamos para 16,5% (37); no terceiro para 18,3% (41) e no quarto mês chegamos 21,4% (48) de cobertura (Figura 8).

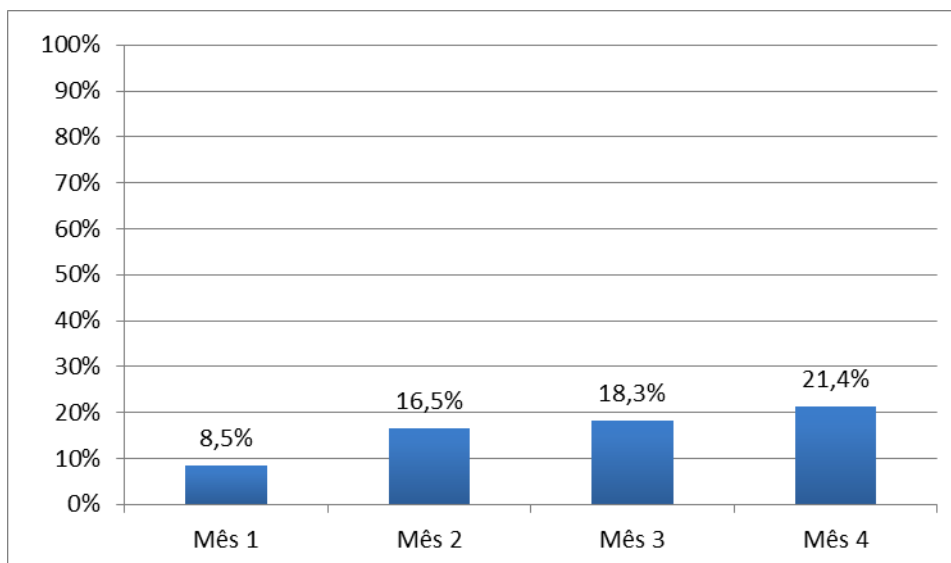


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos residentes e cadastrados no Programa de Atenção ao Diabético na Unidade de Saúde Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.  
Fonte: Planilha de Coleta de dados, 2015.

Mesmo não alcançando os 40%, o avanço foi notável, principalmente nos novos diagnósticos firmados e usuários acompanhados, tendo melhorado sua qualidade de vida de acordo com a terapêutica adequada. Assim como nos hipertensos, o cadastro dos diabéticos sofreu as mesmas interferências: perda de funcionários, greves, intempéries climáticas e falta de engajamento. Ficamos distantes da meta, mas essa foi a primeira vez que foi realizado um trabalho orientado e de qualidade no município, como todo trabalho pioneiro, este também necessita ser aprimorado. O engajamento depende de formação, e a formação continuada é a chave para esse intuito.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Para alcançar essa meta de 100% de exame clínico apropriado dos hipertensos, seguimos o Caderno de Atenção Básica Nº 37: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. Pensando na possibilidade de não esquecer qualquer ponto importante do exame clínico, criamos uma ficha de exame clínico a ser preenchida abordando os principais questionamentos relevantes, facilitando assim o preenchimento também

da ficha-espelho. Nos quatro meses de intervenção, o exame clínico foi realizado a contento em 100% dos hipertensos cadastrados.

Assim, no primeiro mês foi realizado exame clínico apropriado de 71 usuários com hipertensão, com um total de 100% de cobertura dessa ação. No segundo mês foi mantida a cobertura de 100%, sendo que o número de atendimentos foi de 143 hipertensos. No terceiro mês também mantivemos 100% de cobertura, o que significou 168 hipertensos com exame clínico em dia. No quarto e último mês finalizamos com o atendimento e a realização de exame clínico de 189 hipertensos, representando um total de 100%.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Assim como os hipertensos, os diabéticos cadastrados e acompanhados na intervenção, em sua totalidade, foram examinados clinicamente de acordo com o protocolo seguido; neste caso, o Caderno de Atenção Básica Nº 36: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Diabetes Mellitus, 2013.

No primeiro mês foi realizado exame clínico apropriado de 19 diabéticos, com um total de 100% de cobertura dessa ação. No segundo mês foi mantida a cobertura de 100%, sendo que o número de atendimentos foi de 37 usuários portadores de Diabetes Mellitus. No terceiro mês também mantivemos 100% de cobertura, o que significou 41 diabéticos com exame clínico em dia. No quarto e último mês finalizamos com o atendimento e a realização de exame clínico de 48 usuários diabéticos, representando um total de 100%.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Essa é a meta que menos nos aproximamos de alcançar. Queríamos que 100% dos hipertensos estivessem com seus exames laboratoriais mínimos em dia, de acordo com o protocolo, mas estamos passando por grandes dificuldades em relação a esse quesito. Só existe um laboratório público no município, funcionando no Hospital Regional (âmbito estadual) para atender toda a demanda gerada pela atenção básica e secundária. Temos a promessa de inauguração de outro laboratório há muito tempo, mas até agora não saiu do papel. Mesmo assim, vemos esse resultado com bons olhos, pois o que conseguimos foi fruto da conscientização

dos usuários, que em sua maioria realizaram os exames em laboratórios particulares. Muitos trouxeram os resultados após o período dos quatro meses.

No primeiro mês tínhamos apenas 02 usuários (2,8%) com resultados de exames complementares cadastrados. No segundo mês já chegamos a 17 (11,9%) com exames cadastrados. No terceiro, alcançamos 31 (18,5%) dos usuários. E ao fim do quarto mês, chegamos ao total de 58 (30,7%) hipertensos com exames complementares entregues. Após os 04 meses de implementação das ações, muitos continuaram trazendo resultados de exames, o que mostra que ainda podemos melhorar muito esse indicador. Observamos na Figura 9 a evolução dos exames complementares.

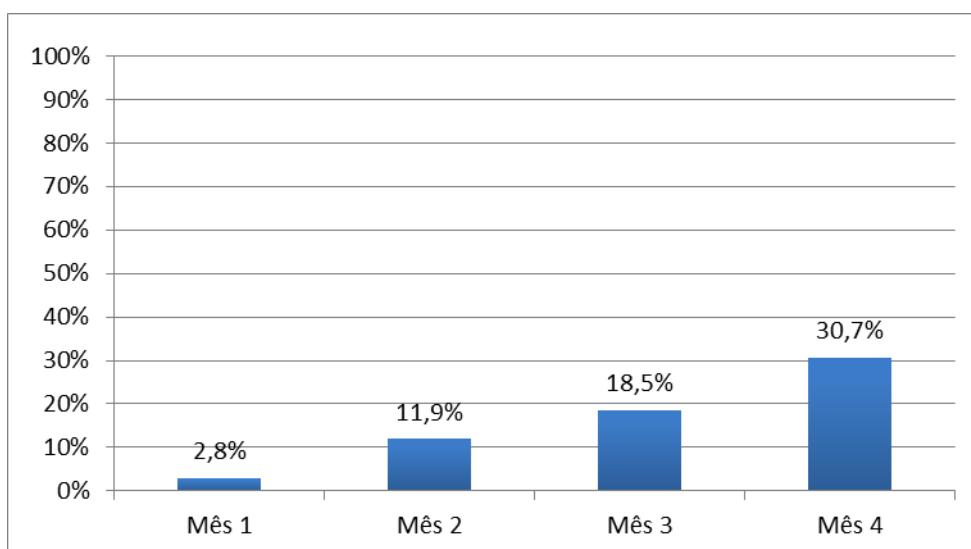


Figura 9. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos com exames laboratoriais em dias na Unidade de Saúde Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.

Fonte: Planilha de Coleta de dados, 2015.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A realidade dos exames laboratoriais em relação aos diabéticos não foi diferente, mas proporcionalmente aparece melhor. No primeiro mês não havia nenhum diabético com resultado de exame complementar, o que representou 0%; no segundo mês alcançamos 18,9% de resultados, ou seja, um quantitativo de 07 diabéticos; no terceiro 24,4% (10) e no fim do quarto mês a 41,7%, representando 20 diabéticos com os resultados de exames complementares trazidos e cadastrados, como mostra a Figura 10.



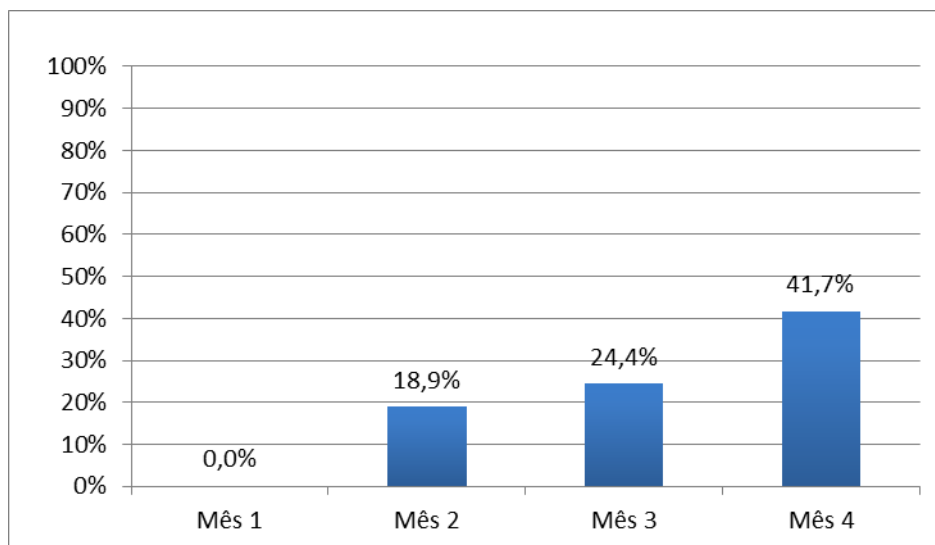


Figura 10. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Diabéticos com exames laboratoriais em dias na Unidade de Saúde Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.

Fonte: Planilha de Coleta de dados, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Os medicamentos prescritos na terapêutica anti-hipertensiva, em sua totalidade, fazem parte da lista de medicamentos da Farmácia Popular. Isso não significa que todos os usuários estejam utilizando os medicamentos disponíveis na Farmácia Popular do Município. Durante algum tempo, cada medicamento foi disponível, mas segundo os próprios hipertensos, buscaram a medicação e as mesmas estavam em falta. Questionada sobre a falta das medicações, a farmacêutica respondeu que por motivos de falta de recursos alguns medicamentos faltavam; e outros eram doados pelo Hospital Regional que acabavam faltando. No final da intervenção, tivemos a informação de que os recursos para a compra de medicamentos estavam sendo ampliados.

Assim, no primeiro mês foram 71 prescrições (100%) para usuários com hipertensão. No segundo mês foram 143 prescrições, representando 100%. No terceiro mês, também atingimos 100% de cobertura, o que representa 168 prescrições para as pessoas com hipertensão e no quarto mês finalizamos com 189 prescrições para hipertensos, ou seja, 100% de cobertura.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

A prescrição dos medicamentos para a terapêutica dos diabéticos também era feita de acordo com os medicamentos pertencentes à lista da Farmácia Popular. Diferente dos hipertensos, essa medicação em nenhum momento faltou para a dispensação. Tanto os antidiabéticos orais, quanto a insulina atenderam às necessidades terapêuticas dos usuários.

Deste modo, no primeiro mês 19 diabéticos receberam prescrição de medicamentos pertencentes à lista da Farmácia Popular, com um total de 100% de cobertura dessa ação. No segundo mês foi mantida a cobertura de 100%, sendo que o número de usuários prescritos foi de 37. No terceiro mês também mantivemos 100% de cobertura, o que significou 41 diabéticos com a prescrição de medicamentos pertencentes à lista da Farmácia Popular. No quarto e último mês finalizamos com 48 usuários diabéticos prescritos, representando um total de 100%.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi num primeiro momento mal interpretada, pois imaginávamos que só o odontólogo deveria realizar essa avaliação. Após receber a orientação correta, no primeiro mês, começamos a realizar a avaliação em todos os novos usuários cadastrados e naqueles já cadastrados, chegando à totalidade na última semana de intervenção. Podemos observar essa evolução na Figura 11, saindo de 42,3% (30) no primeiro mês; 80,4% (115) no segundo mês; 96,4% (162) no terceiro mês, e alcançando os 100% (189) no fim da intervenção.

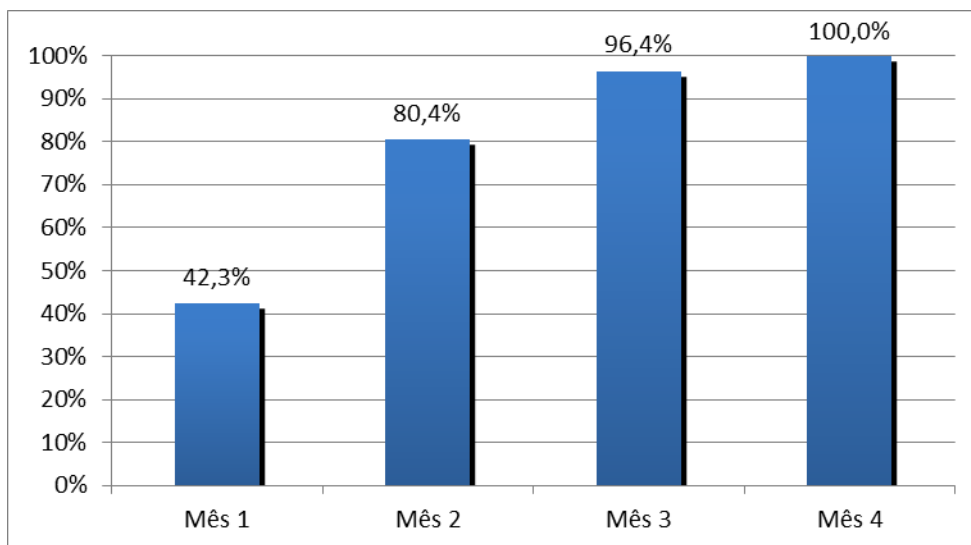


Figura 11. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos avaliados em relação à necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.  
Fonte: Planilha de Coleta de dados, 2015.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Os diabéticos também seguiram a mesma máxima dos hipertensos em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês estávamos com apenas 26,3% (5) avaliados, no segundo subimos para 75,7% (28); no terceiro chegamos a 97,6% (40) e no fim do quarto mês aos 100% (48), como mostra a Figura 12. Assim, é possível perceber que houve uma ampliação da atenção à saúde bucal desses usuários do projeto.

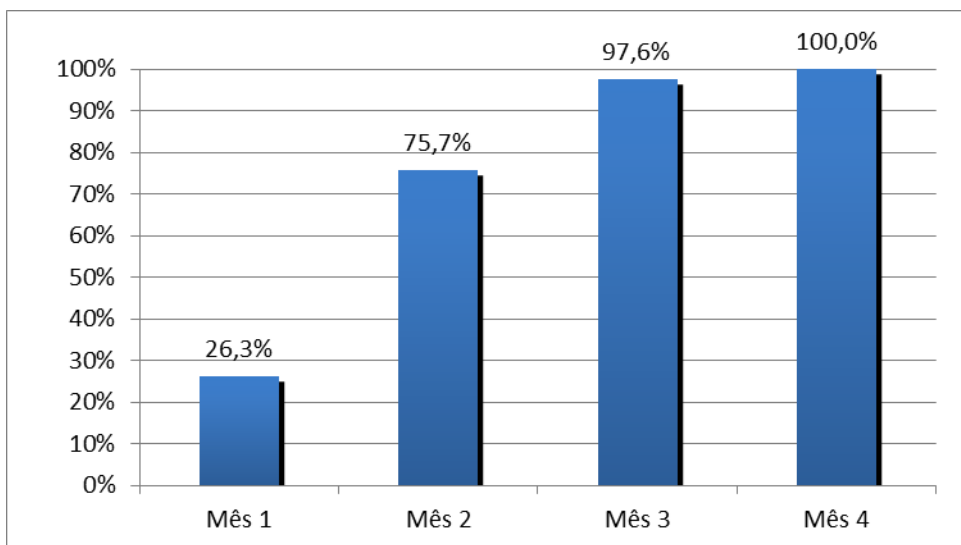


Figura 12. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Diabéticos avaliados em relação à necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.

Fonte: Planilha de Coleta de dados, 2015.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A busca dos hipertensos faltosos é um dado curioso. Só houve faltoso no terceiro mês de intervenção, e seguindo instrução de nossa orientadora realizamos a busca ativa de todos os 06 usuários (100%) que haviam faltado à consulta, como mostra a Figura 13.

Esse número pequeno de faltosos deve-se, principalmente, ao bom trabalho realizado pela recepção no que tange ao registro e agendamento das consultas subsequentes e ao compromisso dos usuários com os atendimentos.

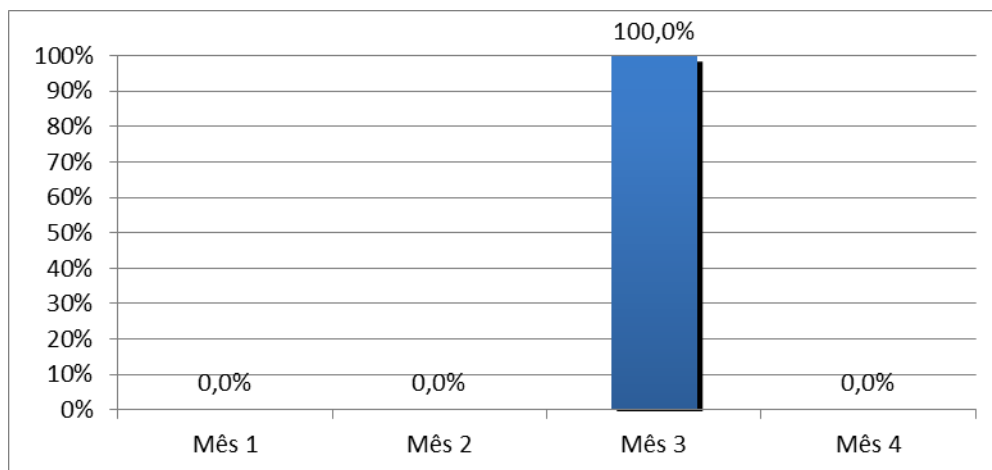


Figura 13. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Assim como nos hipertensos, no acompanhamento dos registros dos diabéticos, detectamos apenas 03 faltosos no terceiro mês, e foram realizadas 100% de busca ativa para que os usuários faltosos fossem levados à UBS para realização das consultas programadas, como mostra a Figura 14.

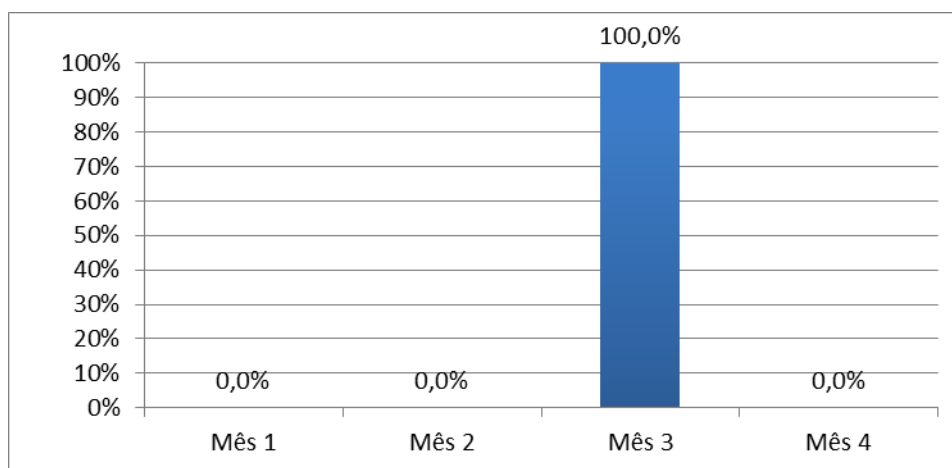


Figura 14. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.

Fonte: Planilha de Coleta de dados, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

O registro e a manutenção da ficha de acompanhamento dos hipertensos foram atividades muito positivas: alcançamos 100% de registro e manutenção em todos os meses de intervenção. Tivemos o apoio da direção da unidade, dos profissionais da recepção e, principalmente, do enfermeiro na primeira metade da intervenção. Alcançamos 100% (189) das fichas de acompanhamento preenchidas e atualizadas. Após o preenchimento das fichas, tivemos um real controle das ações desenvolvidas e o impacto do acompanhamento correto nos níveis pressóricos e na qualidade de vida dos hipertensos de nossa comunidade, além da possibilidade de programar corretamente quaisquer futuras ações a serem desempenhadas.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Assim como nos hipertensos, o registro adequado na ficha de acompanhamento foi uma realidade palpável nos usuários diabéticos. Em todos os meses, alcançamos 100% de fichas de acompanhamento preenchidas, propiciando o planejamento correto de ações, a visualização da melhoria dos níveis glicêmicos dos usuários e, principalmente, a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

A estratificação de risco foi outra meta que no início foi atrapalhada por uma interpretação errônea do que deveríamos fazer. Pensávamos que na estratificação de risco deveria ser registrada apenas aquela com a avaliação de exames laboratoriais. Após receber orientação correta no diálogo com a orientadora, corremos atrás do prejuízo. No primeiro mês estávamos com 42,3% (30); no segundo 79% (113); no terceiro trouxemos os faltosos e chegamos aos 96,4% (162) e no quarto mês, avançamos até chegar aos 100% (189), como mostra a Figura 15.

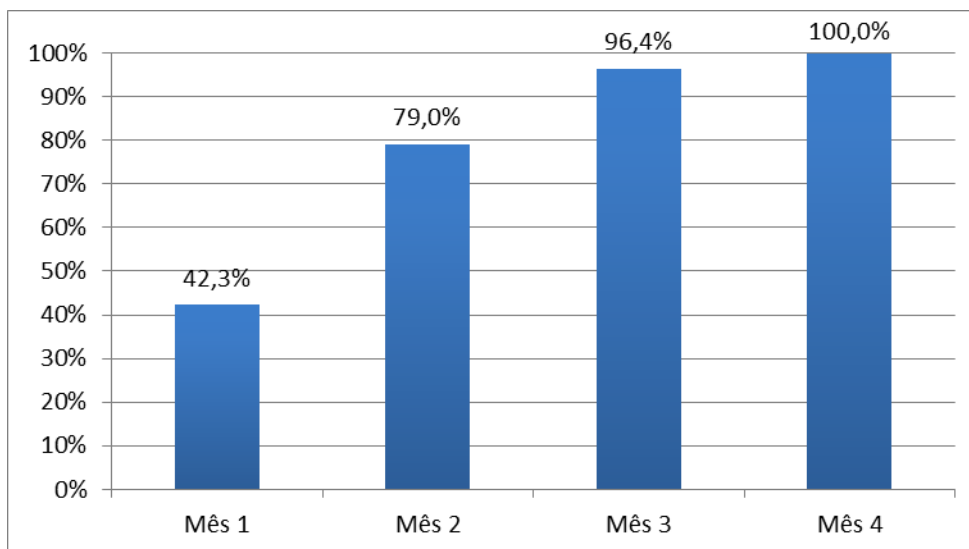


Figura 15. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade de Saúde Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.

Fonte: Planilha de Coleta de dados, 2015.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico nos usuários diabéticos foi evoluindo gradualmente com o entendimento das ações de implementação da intervenção. No primeiro mês estávamos com 26,3% (5) estratificados, no segundo já subimos para 75,7% (28), no terceiro com 97,6% (40) e no fim do quarto mês os 100% (48) foram alcançados, como mostrado na Figura 16.

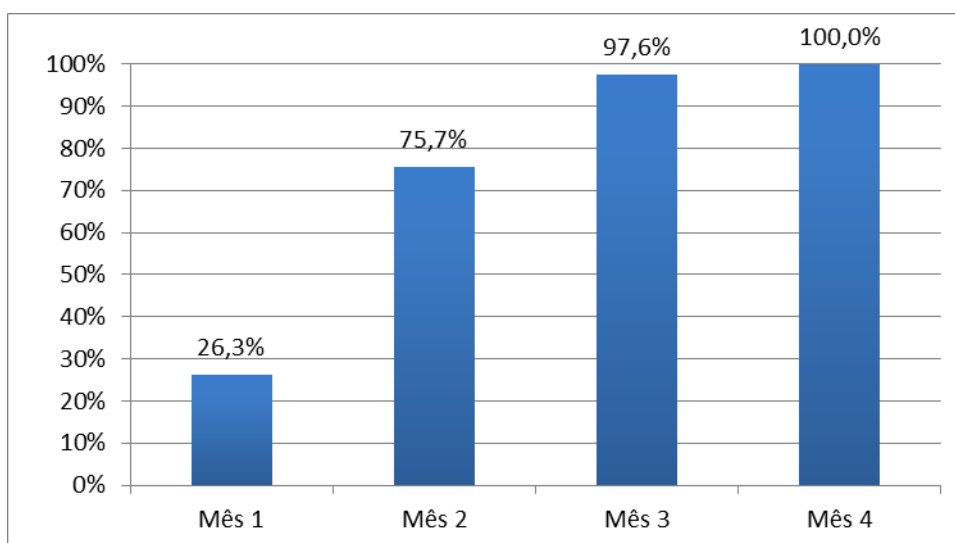


Figura 16. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos residentes e cadastrados no Programa de Atenção aos Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Genésio Albuquerque, outubro 2014 a fevereiro de 2015, Eirunepé, AM.

Fonte: Planilha de Coleta de dados, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

As ações de promoção de saúde foram tidas como pilares da intervenção. Todos os hipertensos (189) receberam orientação nutricional individualmente nas consultas clínicas, em atendimento nutricional com a Nutricionista do NASF e durante o 1º Encontro dos Hipertensos e Diabéticos promovido e realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, e a Igreja Católica de Santo Antônio. Assim, 100% dos hipertensos receberam orientação nutricional em todos os meses da intervenção.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

A orientação nutricional também integrou as ações destinadas aos diabéticos. No encontro com estes usuários, tivemos palestras específicas, ministradas pela nutricionista, para nortear os hábitos alimentares dos diabéticos. Deixamos a palavra aberta e muitos destes tomaram a liberdade de dirimir dúvidas comuns a todos. Todo o processo foi muito produtivo e importante.

Assim como no momento do encontro, em todas as consultas individuais e retornos foram dadas orientações nutricionais a todos os diabéticos (48), obtendo assim 100% de cobertura desta ação nos quatro meses de intervenção.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

As orientações sobre as mudanças de hábitos foram e são prioridades nas consultas individuais e palestras de educação em saúde. As atividades físicas foram orientadas principalmente pelo educador físico do NASF. Em todos os meses da intervenção conseguimos com que 100% dos hipertensos recebessem orientações sobre a prática regular de atividade física.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.



A orientação sobre atividades físicas também foi priorizada com os diabéticos. Em todos os meses da intervenção, mantivemos a totalidade de diabéticos orientados.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Também alcançamos os 100% de hipertensos (189) orientados sobre os riscos do tabagismo, em todos os meses de intervenção. As orientações importam devido ao grande risco de doenças cardiovasculares terem no tabagismo um grande fator de risco que pode culminar numa morte fulminante por isquemia coronariana, acidente vascular encefálico sem mencionar as sequelas vasculares periféricas e as possíveis sequelas nervosas deixadas por patologias do sistema nervoso influenciadas por vasculopatia por ação direta da nicotina.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Seguindo o mesmo princípio dos hipertensos, orientamos 100% dos diabéticos (48) sobre os riscos do tabagismo, durante as consultas individuais e encontros. Assim, mantivemos a cobertura de 100% em todos os meses da intervenção.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Graças ao esforço em conjunto com toda a equipe garantimos orientação sobre higiene bucal a todos os hipertensos (189) durante as atividades, de modo que mantivemos a cobertura de 100% de orientados em todos os meses da intervenção.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Por fim, em parceria com os odontólogos, garantimos que todos os diabéticos recebessem orientações sobre higiene bucal. Assim, mantivemos a cobertura de 100% em todos os meses da intervenção.

## 4.2 Discussão

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, evidenciada com o aumento nos cadastros dos usuários que receberam a atenção nas duas patologias. Importante frisar que esse aumento é um aumento real na cobertura, pois os poucos dados disponíveis anteriormente não eram condizentes com a realidade enfrentada. Também trouxe a melhoria dos registros e a qualificação da assistência por meio das reuniões de equipe e capacitações dos ACS e orientações dadas a todos os funcionários da UBS, desde a recepção até os serviços gerais. Obtivemos uma maior adesão dos comunitários ao acompanhamento e terapêutica clínica a partir do momento que organizamos o agendamento das consultas clínicas, tanto para hipertensos quanto para diabéticos. Conseguimos, ainda, com a implementação das ações, firmar parcerias com entidades sociais como a Igreja Católica, que se mostrou parceira na divulgação e realização do grande evento que foi o 1º Encontro dos Hipertensos e Diabéticos de nossa área.

A ação programática trouxe impactos positivos para a equipe, pois abriu espaço para discussões, novos conhecimentos e a busca coletiva por uma melhoria na atenção. Aproximamos a figura do médico aos demais profissionais e trabalhadores da saúde na atenção básica. Junto à direção da Unidade Básica de Saúde obtivemos todas as informações necessárias para o preparo das ações; realizamos reuniões para tratar da melhoria do atendimento, desde o acolhimento, até o agendamento das consultas e o melhor registro das informações. Foi feito um trabalho integrado que começou pela recepção e se estendeu aos ACS, à enfermagem e à saúde bucal. A agenda ficou a cargo da recepção. O acolhimento ficou distribuído entre a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico da equipe. Os ACS ficaram responsáveis pela busca ativa dos faltosos (foram poucos) e por informar e agendar visitas domiciliares para aqueles acamados e/ou domiciliados hipertensos ou diabéticos; também realizaram atividades de educação em saúde com palestras e orientações no âmbito da Unidade Básica de Saúde. E durante todo o expediente da unidade, qualquer usuário que chegasse tinha um profissional sensível à captação e encaminhamento ao acolhimento.

Com a intervenção foi possível refletir sobre o serviço, proporcionando, por exemplo, a revisão do agendamento, despertando a necessidade de abrir um

espaço extra na agenda para os faltosos, pois foram criados mais dois livros de agendamento, um para os hipertensos e outro para os diabéticos. A melhoria dos registros foi muito importante para a coleta de dados e para a continuidade das ações, possibilitando o monitoramento e a avaliação contínua do serviço e a organização do serviço trouxe qualidade para as ações; não vemos mais inúmeros idosos aguardando fichas em filas ou esperando o atendimento eletivo acabar para tentar um atendimento. A orientação dada a todos os funcionários mostrou-se muito produtiva com a melhoria do serviço prestado. Não podemos esquecer o avanço da avaliação clínica, terapêutica e de prevenção em saúde trazido nessa intervenção, para exemplificar, a grande maioria dos usuários sequer lembrava a última vez que um médico tinha feito uma avaliação da cavidade oral.

A comunidade a qual atendemos é carente e já percebeu o grande salto que demos em relação à situação anterior. Observamos, durante as atividades de campo, a satisfação de receberem uma visita do médico junto aos seus agentes comunitários de saúde para realização de triagem e avaliação médica geral, sem a necessidade de estarem enfermos. Quando estão na sala de espera, os principais comentários tecidos são de que a nossa unidade é a que presta a melhor atenção aos hipertensos e diabéticos em toda a cidade e, por esse motivo, todos os dias atendemos uma demanda de usuários oriundos de outras áreas que buscam um melhor diagnóstico e terapêutica clínicos. Isso se reflete na adesão às consultas clínicas, mínimo número de faltosos e no melhor controle dos níveis pressóricos e glicêmicos dos usuários. Percebemos que aumentou em muito o vínculo da comunidade com a equipe de saúde. Todos esses aspectos são provas palpáveis da contribuição benéfica da implementação das atividades programáticas para a comunidade atendida.

Tivemos inúmeras dificuldades durante o período das ações. Desde o pleito eleitoral, com seus feriados extraordinários, intempéries climáticas, atrasos salariais, problemas com escolas, perda de um profissional fundamental na elaboração da análise situacional e início da implementação das ações (Enfermeiro Enrique) e a chegada de profissionais sem experiência para a condução das mesmas.

E o que faríamos de diferente? Pois bem, primeiramente realizaríamos uma reunião com o Secretário Municipal de Educação, Coordenadora de Educação e Secretária Municipal de Saúde buscando uma parceria e colaboração para a realização das palestras de educação em saúde na principal escola de ensino

fundamental e médio do bairro; cobraríamos dos gestores municipais uma responsabilidade com o pagamento dos profissionais para que não ocorressem novamente as greves por parte dos profissionais devido ao atraso do salário; buscaríamos outros meios para conseguirmos o apoio da Rádio Comunitária que não autorizou um horário para a divulgação do Projeto; solicitaríamos, com maior veemência, a presença dos profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF nas ações terapêuticas. Por fim, solicitaríamos para a gestão um maior quantitativo de profissionais para atuar numa área tão vasta ou a divisão da mesma para duas equipes de saúde, pois, assim, poderíamos atuar melhor.

Para a continuidade da intervenção com qualidade basta um maior comprometimento por parte da Secretaria Municipal de Saúde, desde a realização dos exames complementares em tempo hábil até a melhor distribuição da área adstrita. Na própria UBS, basta continuarmos com a organização já implementada no serviço (acolhimento, registro, triagem, busca ativa de faltosos e agendamento), mas, para isso, a formação continuada dos profissionais que assumem essa responsabilidade é de fundamental importância.

Os próximos passos para a melhoria da qualidade na atenção à saúde na nossa UBS é a definição de quais outras ações programáticas estão sendo negligenciadas. Para isso, é necessário fazermos uma nova análise situacional conforme situação atual, entendermos os problemas que a causam e nos dedicarmos para a solução de cada um deles. Mas reitero, não é apenas o médico ou o enfermeiro que decidem essa melhoria, a organização do serviço é apenas um aspecto envolvido, precisa-se de apoio logístico e de pessoal, e como isso demanda recurso financeiro, é fundamental a participação responsável da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Ilmo. Sr. Gestor Municipal de Saúde,

Na UBS Genésio Albuquerque, no Bairro de Santo Antônio, entre os meses de outubro de 2014 a fevereiro de 2015, foi realizada uma intervenção visando à melhoria da cobertura e da qualidade da atenção em saúde prestada aos hipertensos e diabéticos. A equipe 003 de ESF (Zona Urbana) atende uma área que abrange 5.902 habitantes e, durante o período, cadastramos e acompanhamos um total de 189 hipertensos e 48 diabéticos.

O objetivo do projeto foi a melhoria da qualidade e o aumento da cobertura da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos. Para alcançar tal objetivo, buscamos melhorar o registro das informações, firmar o diagnóstico correto de usuários em investigação, além de realizar atividades de promoção e prevenção em saúde.

Tal projeto é iniciativa pioneira, pois no município nunca havia sido planejada e executada nenhuma ação seguindo a risca um protocolo pré-definido pelo Ministério da Saúde. A intervenção foi parte integrante do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família vinculada ao Programa Mais Médicos Brasil (PMMB). Tivemos o apoio de duas grandes entidades municipais: a Secretaria Municipal de Saúde e a Igreja Católica. A Secretaria Municipal apoiou desde a avaliação situacional até a execução, da disponibilização de dados necessários até a impressão de materiais para as atividades de educação em saúde e cessão de equipamentos para aferição de pressão arterial e glicemia capilar, além de agendamento para ajudar na coleta de exames laboratoriais. A Igreja Católica participou com a divulgação do projeto e principalmente do Encontro com

Hipertensos e Diabéticos cedendo o espaço da Igreja de Santo Antônio para que o mesmo ocorresse.

As primeiras ações foram uma avaliação planejada e pormenorizada da real situação da atenção prestada. Em acordo e com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde realizamos, nas dependências da Câmara Municipal de Vereadores de Eirunepé, uma exposição da avaliação situacional da unidade e área adstrita para todas as equipes de estratégia saúde da família e demais funcionários de saúde do município. Buscamos mostrar a necessidade real da aplicação do projeto e os benefícios que esse traria para a unidade e convidamos as demais equipes ao engajamento público e posterior aplicação das ações em suas respectivas unidades.

As ações planejadas e executadas incluíram: a capacitação dos componentes da equipe sobre hipertensão arterial e diabetes; organização do acolhimento à livre demanda; organização do agendamento eletivo dos usuários cadastrados; atendimento clínico e adequação terapêutica (médico e enfermeiros); divulgação e convocação dos usuários à participação na construção do sistema de saúde local; atendimento odontológico; atendimento nutricional; atendimento em fisioterapia; e ações de educação em saúde no ambiente da unidade básica de saúde e igreja.

Realizamos uma capacitação com enfermeiros, técnico de enfermagem e ACS sobre as doenças-alvo e suas complicações e de como seriam as ações planejadas. Na semana seguinte iniciamos a triagem na área e encaminhamento dos usuários à unidade. A recepção foi acionada para o agendamento dos usuários atendidos, organização dos horários e dias de atendimento prioritário, além do registro dos faltosos.

O acolhimento e atendimento clínico foram realizados pelos enfermeiros e médico da equipe. Os usuários foram acompanhados em suas residências pelos ACS, e os faltosos foram alvos de busca ativa trazendo-os à unidade. Os ACS buscaram aqueles acamados e/ou domiciliados que não podiam comparecer à unidade e realizamos visitas domiciliares a todos. Os agentes também realizaram palestras de educação em saúde.

Criamos uma ficha para exame clínico e utilizamos também uma ficha-espelho fornecida pelo curso de especialização para o melhor registro e organização dos dados coletados durante o período de aplicação, para posterior avaliação.

Realizamos o 1º Encontro dos Hipertensos e Diabéticos no ambiente da Igreja de Santo Antônio, com apoio da Igreja Católica de Eirunepé, e com a participação de enfermeiros, educador físico, fisioterapeuta e odontólogos (profissionais da Secretaria Municipal de Saúde), onde realizamos palestras de educação em saúde e atendimento clínico.

No pouco tempo de aplicação das ações, obtivemos resultados muito positivos. Alcançamos uma cobertura real de 20,8% (189) para os hipertensos e de 21,4% (48) para os diabéticos; além de 100% de exame clínico protocolar, avaliação odontológica, busca ativa dos faltosos, registro adequado, estratificação de risco cardiovascular, orientação nutricional, orientação sobre atividade física, tabagismo e saúde bucal.

Para o futuro da unidade, almejamos a permanência das atividades programadas, um melhor engajamento dos profissionais e dos comunitários. Precisaremos do apoio da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura, principalmente, no tangente à formação continuada dos profissionais e na melhoria das condições de atendimento, sendo que o laboratório municipal é um bom exemplo de necessidade urgente.

Reforçamos a necessidade urgente da divisão da enorme área de abrangência para uma única equipe de estratégia de saúde da família; necessidade de realização de concurso público para efetivar os profissionais de saúde e diminuir os problemas com interferências políticas nas atividades desempenhadas; e melhoria no planejamento do orçamento municipal evitando atrasos de salários (por muitas vezes o maior entrave no desempenho dos profissionais).

O mais importante foi instalar uma nova cultura de participação dos comunitários no âmbito da unidade básica de saúde e atendimento programado nessas duas principais patologias. Por fim, obrigado pelo apoio recebido e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Comunidade Eirunepeense,

Na Unidade de Saúde Genésio Albuquerque, no Bairro de Santo Antônio, nos meses de outubro de 2014 a fevereiro de 2015, foi realizado uma intervenção (conjunto de ações planejadas) visando à melhoria da cobertura e da qualidade da atenção em saúde prestada aos usuários com pressão alta e diabéticos dessa área. A equipe responsável foi a equipe 003 de Estratégia Saúde da Família (Zona Urbana), que atende uma área que abrange 5.902 habitantes.

A intervenção é o produto da formação do médico da equipe em sua especialização em saúde da família. Nos meses anteriores foi realizada uma avaliação de todos os problemas nas principais áreas da atenção em saúde da Unidade Básica de Saúde Genésio Albuquerque, e dentre esses foi definida uma prioridade sobre a qual seria trabalhada, visando sua melhora. Assim, a atenção aos hipertensos e diabéticos foi o alvo de todos os esforços.

O objetivo desta intervenção foi a melhoria da qualidade da assistência dada e o aumento da quantidade de hipertensos e diabéticos sendo devidamente acompanhados pela equipe de saúde da UBS. Para alcançar tal objetivo, buscamos melhorar o registro das informações, firmar o diagnóstico correto de usuários em investigação, além de realizar atividades de promoção e prevenção em saúde.

As ações planejadas e executadas incluíram: a capacitação dos componentes da equipe sobre hipertensão arterial e diabetes; organização do recebimento dos usuários não agendados; organização do agendamento eletivo dos usuários cadastrados; atendimento clínico e melhoria do tratamento medicamentoso (médico e enfermeiros); divulgação e convocação dos usuários à participação na construção do sistema de saúde local; atendimento odontológico; atendimento nutricional;



atendimento em fisioterapia; e ações de educação em saúde no ambiente da unidade básica de saúde e igreja.

As primeiras ações foram: uma avaliação planejada e detalhada da real situação da atenção prestada; capacitação com enfermeiros, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde sobre hipertensão e diabetes e suas complicações, bem como as ações seriam executadas. Na semana seguinte, iniciamos a triagem na área e encaminhamento dos usuários à unidade. A recepção foi acionada para o agendamento dos usuários atendidos, organização dos horários e dias de atendimento prioritário, além do registro dos faltosos.

O acolhimento (boas vindas) à unidade foi feito por todos os funcionários da unidade e o atendimento clínico foi realizado pelos enfermeiros e médico da equipe. Aqueles que necessitavam de atendimento urgente o receberam imediatamente e os demais foram agendados para posterior consulta. Mesmo com todas as outras ações sendo desenvolvidas na unidade, procuramos sempre dar uma prioridade aos hipertensos, diabéticos e aqueles em investigação diagnóstica.

Os usuários receberam atendimento clínico; ajustamos os medicamentos; solicitamos exames laboratoriais necessários; avaliamos a necessidade e encaminhamos ao atendimento odontológico; orientamos sobre tabagismo, nutrição adequada e necessidade de atividades físicas diárias; agendamos o retorno; registramos os atendimentos em ficha específica e organizamos os prontuários para um melhor acesso.

Os usuários acamados foram acompanhados em suas residências pelos agentes comunitários de saúde e visitados pelo médico e enfermeiros, e os faltosos às consultas clínicas agendadas foram visitados e chamados à unidade.

As ações de educação em saúde foram realizadas pelos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médico da equipe. Tais ações ocorreram tanto na unidade de saúde quanto nas Igrejas.

Criamos uma ficha para exame clínico e utilizamos também uma ficha-espelho fornecida pelo curso de especialização para o melhor registro e organização dos dados coletados e depois avaliávamos as informações registradas.

Realizamos o 1º Encontro dos Hipertensos e Diabéticos no ambiente da Igreja de Santo Antônio, com apoio da Igreja Católica de Eirunepé, e com a participação de enfermeiros, educador físico, fisioterapeuta e odontólogos (profissionais da

Secretaria Municipal de Saúde), onde realizamos palestras de educação em saúde e atendimento clínico.

No pouco tempo de aplicação das ações, obtivemos resultados muito positivos. Conseguimos cadastrar e acompanhar 189 hipertensos e 48 diabéticos da nossa área, além disso, todos estes usuários foram devidamente registrados e examinados, receberam avaliação odontológica, os faltosos foram visitados pelos ACS, todos foram orientados sobre alimentação saudável, atividade física, tabagismo e saúde bucal. O mais importante foi instalar uma nova cultura de participação da comunidade no âmbito da unidade básica de saúde e atendimento programado nessas duas principais doenças.

Infelizmente, nem tudo foi perfeito, não conseguimos o apoio dos meios de comunicação da cidade (exemplo: Rádio Comunitária que não cedeu espaço para a divulgação e convite aos usuários). O apoio da Educação também se faz necessário, pois não conseguimos realizar palestras de educação em saúde na Escola Estadual do bairro. Os exames laboratoriais ficaram muito distantes de atender a necessidade dos usuários com diagnóstico firmado.

Em resumo, buscamos organizar e melhorar a atenção em saúde a todos os usuários de nossa comunidade, em especial aos hipertensos e diabéticos, servindo de modelo para posteriores ações visando a melhoria de todas as demais áreas da atenção básica. Mas os profissionais de saúde são apenas metade do processo, a outra metade é a população que precisa participar cada vez mais para melhorar o nosso SUS.

Para o futuro da unidade, almejamos a permanência das atividades programadas, um melhor engajamento dos profissionais e dos comunitários. Com isso, com certeza todos os usuários desta unidade de saúde serão atendidos de forma ideal, diminuiremos as consultas curativas e aumentaremos a educação e a prevenção em saúde. Apenas para lembrá-los e também convidá-los, o Encontro com Hipertensos e Diabéticos ocorrerá de 06 em 06 meses.

Enfim, desejamos que toda a comunidade, em especial os hipertensos e diabéticos, continuem comprometidos conosco e compareçam às consultas. No geral, contamos com o apoio de todos!

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Primeiramente tenho que exaltar e agradecer essa grande oportunidade de educação continuada que recebi ao aderir ao PMMB. Como cidadão brasileiro, amazonense e acima de tudo Eirunepeense, ou seja, estou atuando na minha cidade natal onde nasci e cresci e acompanhei, nos meus poucos anos de experiência, inúmeras mudanças na maneira de se pensar saúde até chegarmos a Estratégia Saúde da Família, fico muito feliz de poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida da minha gente, do meu povo.

No início do curso, tinha muitas expectativas de como essas atividades se desenrolariam. Tais expectativas não poderiam ser atendidas de melhor maneira.

Tive embasamento de qualidade para fazer uma avaliação da situação real da unidade básica de saúde desde suas características físicas até o quantitativo de pessoal disponível para a realização das ações.

No decorrer das ações, tive uma orientadora com competência e empenho admiráveis ao me auxiliar. Aprendi muito e com certeza contribui muito mais para a minha Unidade Básica de Saúde, minha área e toda a comunidade de minha cidade.

No início, só tinha alguns conhecimentos escassos sobre o Sistema Único de Saúde e de como transcorria a Atenção Básica. Com todo o material disponibilizado durante todo o curso e todas as opiniões expostas nos grupos e através do diálogo com o orientador, meu crescimento como profissional foi exponencial.

Como é uma reflexão crítica, creio que deveria ter cumprido as tarefas no tempo certo, mas tenho como justificativa as dificuldades inúmeras atravessadas: sinal de internet péssimo; problemas de saúde; dificuldades com profissionais de saúde, dentre outros.

Hoje, com certeza, sou outro profissional, mais responsável, embasado e com propriedade para tomar qualquer decisão sobre ações de atenção básica e buscar melhorias para a Unidade junto à gestão.

A comunidade dá o retorno necessário. A satisfação com que comparecem às consultas agendadas de cuidado aos hipertensos e diabéticos justificam todo o trabalho feito.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 56p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 19 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=130140&search=a+mazonas|eirunepe|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/#>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011. *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

STEVENS, R. J. et al. The UKPDS risk engine: a model for the risk of coronary heart disease in Type II diabetes (UKPDS 56). *Clinical Science*, London, v. 101, n. 6, p. 671–679, 2001. *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008. *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

## **Apêndices**

## APÊNDICE A – Ficha de exame clínico

Universidade Aberta do SUS		Universidade Federal de Pelotas - EaD		Especialização em Saúde da Família		Turma 05	
Pretetura Municipal de Erundinópolis		Unidade Básica de Saúde Genésio Albuquerque		Projeto de Intervenção: HAS e DM			
Profissional: _____		Data: ____/____/____		Roteiro de Anamnese e Exame Físico			
Nome: _____		Idade: _____		Sexo: _____		Raça: _____	
Estado Civil: Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) União Consensual ( )		Tabagista? Sim ( ) Não ( )		Religião: _____		Pós-nupcial: _____	
Hipertenso ( ) Diabético ( ) Hipertenso e Diabético ( )							
Queixa Principal: _____							
Anamnese: _____							
_____							
_____							
_____							
Hipertensão há _____ Reações adversas a tratamento prévio: _____							
Insuficiência Cardíaca? Sinais e sintomas: _____							
Doença arterial periférica? _____ Cota? _____							
Dor no peito? Sim ( ) Não ( ) Sedentarismo? Sim ( ) Não ( ) Sono característico: _____							
Função sexual, características: _____ Respiração: _____							
História Patológica: Gravidez: Doença arterial coronária? Sim ( ) Não ( ) Hipertensão na gestação? Sim ( ) Não ( )							
História Familiar: Algum caso na família? Sim ( ) Não ( ) AVE na família? Sim ( ) Não ( ) Doença Arterial Coronária prematura? Homens < 55 anos e							
Mulheres < 65 anos Sim ( ) Não ( ) Morte súbita em algum familiar? Sim ( ) Não ( )							
Poli/Patossocial: Depressão? Sim ( ) Não ( ) Pânico? S ( ) N ( ) Ansiedade? S ( ) N ( )							
Grau de escolaridade: _____ Renda familiar média: _____ Rede Familiar Estruturada? S ( ) N ( )							
Alimentação: consumo de sal? Gorduras saturadas? Cafeína? _____							
Consumo de álcool? S ( ) N ( ) _____							
Uso de medicações: anticoncepcionais hormonais combinados? Antidepressivos? Anti-inflamatórios? Corticosteróides? _____							
Atividades Físicas: _____							
Exame físico: PA: 18 minuto _____ mmHg 38 minuto _____ mmHg							
Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ kg/m² Circunferência Abdominal: _____ Inspeção tórax: _____							
Turgência de jugular? S ( ) N ( ) Carótidas: _____ Tireoide: _____							
Ausculta Cardíaca: _____							
Ausculta Pulmonar: _____							
Abdome: _____ Sopros S ( ) N ( )							
Extremidades: Pulsos - braquial _____ radial _____ femoral _____ tibial posterior _____							
Pedioso: _____ Edema? _____ Preenchimento capilar: _____							



## APÊNDICE B – Ofício enviado à Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE EIRUNEPÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GENÉSIO ALBUQUERQUE

Ofício Nº 001/2014 PROJETO DE INTERVENÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Eirunepé-Amazonas, 23/09/2014.

Prezada Secretária,

Cumprimentando cordialmente Vossa Senhoria, vimos através deste solicitar a concessão da execução dos exames laboratoriais do Laboratório do Hospital Regional Vinícius Conrado por 01 (um), uma vez por semana, para podermos alcançar a meta de realização dos exames laboratoriais básicos e posterior estratificação de risco conforme os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 de 2013), que preconizam uma estratificação de risco anual para todos os hipertensos e diabéticos.

Solicitamos tal dia haja vista o conhecido problema com a execução dos mesmos.

Certos de podermos contar com a colaboração de Vossa Senhoria, reiteramos protestos de apreço e elevada consideração.

Atenciosamente,

Janieldo Araújo Cavalcante  
Médico Clínico Geral /Programa Mais Médicos  
Equipe 003 de Estratégia Saúde da Família

A

~~Ilmo. Sr.~~

Eliete Maria Pinho Ferreira Martins – Secretária Municipal de Saúde  
Nesta

**APÊNDICE C – Ofício enviado à Rádio FM do Povo**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE EIRUNEPÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GENÉSIO ALBUQUERQUE**

Ofício Nº 003/2014 PROJETO DE INTERVENÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Eirunepé-Amazonas, 24/10/2014.

Prezado Diretor,

Cumprimentando cordialmente Vossa Senhoria, vimos através deste solicitar a concessão de um horário na programação da Rádio FM do Povo para a execução de um programa de 40 (quarenta) minutos, para fazermos a divulgação de um Projeto de Intervenção para a qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos no bairro de Santo Antônio (Unidade de Saúde Genésio Albuquerque). Pretendemos discorrer sobre as duas patologias crônicas e convocar a todos os habitantes da área descrita a comparecerem na unidade de saúde para a verificação da pressão arterial, pesagem e realização de glicemia capilar.

Certos de podermos contar com a colaboração de Vossa Senhoria, reiteramos protestos de apreço e elevada consideração.

Atenciosamente,

Janieldo Araújo Cavalcante  
Médico Clínico Geral /Programa Mais Médicos  
Equipe 003 de Estratégia Saúde da Família

À

Diretoria da Rádio FM do Povo

Nesta

## APÊNDICE D – Ofício enviado à Paróquia São Francisco

**PREFEITURA MUNICIPAL DE EIRUNEPÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GENÉSIO ALBUQUERQUE**

**Ofício Nº 002/2014 PROJETO DE INTERVENÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Eirunepé-Amazonas, 24/10/2014.**

Prezado Padre,

Cumprimentando cordialmente Vossa Senhoria, vimos através deste solicitar a concessão de um momento durante a Missa na Igreja de Santo Antônio, no domingo pela manhã, para divulgação do Projeto de Intervenção para a qualificação do atendimento de hipertensos e diabéticos de nosso bairro Santo Antônio.

Certos de podermos contar com a colaboração de Vossa Senhoria, reiteramos protestos de apreço e elevada consideração.

Atenciosamente,

Janieldo Araújo Cavalcante  
Médico Clínico Geral /Programa Mais Médicos  
Equipe 003 de Estratégia Saúde da Família

Ao

Rvmo. Pe.

**Padre Pedro – Pároco da Igreja Católica de Eirunepé (Paróquia São Francisco)**

Nesta

**APÊNDICE E – Roteiro para o 1º Encontro com os Hipertensos e Diabéticos**  
**1º ENCONTRO - QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E**  
**DIABÉTICOS (07/11/14)**  
**PROJETO DE INTERVENÇÃO**  
**ROTEIRO**

- 1 – Saudação;
- 2 – Agradecimento à Deus, Igreja Católica, Secretaria Municipal de Saúde, Equipe 003 de Estratégia Saúde da Família (Gestora, Enfermeiro(a), Técnica de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, NASF (profissionais);
- 3 – Projeto de Intervenção e sua necessidade de implantação (Janieldo) – 10 minutos;
- 4 – Diabetes Mellitus (Enfermeira) – 15 minutos;
- 5 – Hipertensão Arterial Sistêmica (Janieldo) – 15 minutos;
- 6 – Nutricionista (Papel da Nutrição no tratamento dessas patologias) – 15 minutos;
- Intervalo** – Lanche (10 minutos)
- 7 – Educador Físico (Papel da Educação Física) – 15 minutos;
- 8 – Fisioterapeuta (Papel da Fisioterapia na Terapêutica) – 15 minutos;
- 9 – Orientação sobre Tabagismo (Janieldo) – 15 minutos;
- 10 – Palavra ao Padre, subsecretário ou outra autoridade presente;
- 11 – Agradecimentos / Encerramento do encontro.
- 12 – Aferição de Pressão Arterial e medida de glicemia capilar dos usuários.

## **Anexos**

## Anexo A - Planilha de coleta de dados

[illegible]



## Anexo B – Ficha-espelho (frente e verso)

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible]

**Anexo C - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL